TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr P. BÉGOUIN

né à Réaux en 1867

EX-CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hopitaux de Bordeaux. Lauréat médaille d'argent.

Interne des hopitaux de Bordeaux. Lauréat (prix de l'administration).

Docteur en médecine.

Chef de clinique chirurgicale.

Membre, ancien secrétaire et lauréat de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux.

Membre de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux.

Membre de l'Association française d'urologie.

ENSEIGNEMENT

Direction de conférences d'internat.

Conférences de clinique chirurgicale.

TABLE ANALYTIQUE

I. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES

De la pachyvaginalite multiloculaire 9
Calculs creux du rein 14
Deux cas d'anurie calculeuse; nécessité de l'intervention précoce 15
Gangrène et expulsion totale de la muqueuse vésicale 18
Hématocèle vaginale énorme à surface bosselée 19
Pachyvaginalite à diverticules 19
Lipome du cordon pris pour un varicocèle 19
Reins polykystiques; anurie calculeuse 20
Epithélioma de la verge à plaques ulcérées multiples 20
Exstrophie de la vessie 21
Epingle à cheveux dans la vessie. Extraction par l'urètre 21

II. — GYNÉCOLOGIE

Du pseudo-rhumatisme puerpéral 22
Cancer massif de l'ovaire 29
Tumeur gazeuse de l'abdomen 29
Fibrome utérin; rupture d'un sinus veineux, mort 30
Cancer du col utérin avec traînées épithéliales intra musculaires 31
Fibrome kystique de l'utérus 31
Deux cas d'hystérectomie abdominale totale 31
Énorme kyste dermoïde de l'ovaire rompu dans le péritoine 31
Kyste du ligament large à pédicule tordu et grossesse 33
Coexistence du fibrome et du cancer de l'utérus 33
Volumineux fibrome utérin et hystérectomie abdominale totale 34

De l'hystéropexie abdominale 34
Cancer en masse du sein 35
Lipome intra-glandulaire du sein 35

III. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère 36
De l'influence des sections du mésentère sur la vitalité de l'intestin grêle . 42
Fibromyome du mésentère. Extirpation 47
Expériences sur les sections du mésentère 48
Hernie crurale étranglée, coloration verte de l'anse 48
L'intestin de couleur verte est-il gangréné 48
Hernie inguinale congénitale étranglée 51
Hernie ombilicale, cure radicale ; manuel opératoire 51
Ulcère latent de l'estomac ; deux perforations 52

IV. — MEMBRES

Fréquence de la rupture du cal dans les fractures de la rotule traitées par la méthode hollandaise de Tilanus 54
Amputation de cuisse pour grand traumatisme 55
Fracture transversale de la rotule, suture osseuse 57
Fracture du corps du fémur, extension continue 57
Double orteil en marteau, résection phalango-phalanginienne 58
Luxation sus-pubienne de la hanche 58
Volumineuse exostose de l'humérus 58
Ankylose de la hanche en position vicieuse. Ostéotomie 59
Arthrite blennorragique chez une nouvelle accouchée 59
Deux observations d'arthrite blennorragique pendant la grossesse . . . 59
Ostéomyélite du fémur 59
Synovectomie et résection dans la tumeur blanche du genou chez l'adulte . 59
Ostéomyélite prolongée de l'extrémité supérieure du fémur 59

V. — TÊTE, COU, RACHIS

Epithélioma du corps thyroïde (clinique et anat. path.) 60
Goitre mixte traité par la thyroïdectomie partielle 61
Ulcus rodens, à marche lente de la paupière inférieure 61
Sarcome périostique de l'orbite et du front 62
Sarcome des fosses nasales 62
Névrome plexiforme de la paupière supérieure 62
Résection du maxillaire inférieur 62

Traitement des polypes naso-pharyngiens. 63
Tuberculose ganglionnaire hypertrophiante. 64
Épithélioma de la langue et adéno-phlegmon du cou 64
Mal de Pott dorsal, paraplégie, lamnectomie 64

VI. — DIVERS

De la ponction aspiratrice du ventricule droit contre les accidents graves de l'entrée de l'air dans les veines. 66
Fracture de la clavicule ; suture osseuse 69
Anévrisme de l'aorte et du tronc brachiocéphalique. 70
Destruction des tatouages par le tannin. 70
Lésion du plexus brachial consécutive à une fracture de la clavicule. . . . 70
Bout de manche à balai et crochet de fer retirés d'un rectum. 70

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

De la Pachyvaginalite multiloculaire (en collaboration avec le professeur Demons, *Revue de Chirurgie*, 1898, février).

La pachyvaginalite chronique, avec épanchement séreux (hydrocèle) ou hématique (hématocèle), constitue pour la plupart des auteurs classiques une tumeur formée d'une poche unique, sans diverticules, et dont la surface est parfaitement régulière.

M. Lannelongue (Art. « Hématocèle », *Dictionnaire Jaccoud*) M. Duplay (*in Follin et Duplay*), M. Reclus (*Dictionnaire Dechambre*), s'expriment à peu près tous dans les mêmes termes : « Un des côtés du scrotum est le siége d'une tuméfaction de forme arrondie, ou plus souvent pyriforme, à surface lisse, sans irrégularités ni bosselures. »

Cette régularité de la surface est, en effet, pour tous les cliniciens, un caractère si habituel, que dans les cas d'un diagnostic difficile, où l'hésitation est permise entre une hématocèle et un sarcome du testicule, ils s'arrêteront à cette dernière idée, s'ils viennent à trouver une bosselure à la tumeur.

Le plus souvent leur diagnostic se trouvera confirmé, car dans la grande majorité des cas la surface de l'hématocèle est en effet régulière. Mais il y a exagération à prétendre qu'elle l'est toujours.

La pachyvaginalite est parfois formée d'une grande poche avec des diverticules ou bien de poches multiples et indépendantes. Sa surface peut, dans ces conditions, présenter ces irrégularités et ces bosselures que la plupart des auteurs classiques paraissent vouloir lui refuser.

M. Reclus (*Traité de chirurgie* Duplay et Reclus), MM. Monod et Terrillon (*Traité des maladies du testicule*) indiquent l'existence de ces inégalités, mais aucune étude détaillée n'en avait été faite.

A l'aide de cinq faits personnels, nous avons tenté d'établir l'anatomie pathologique et la pathogénie de cette pachyvaginalite multiloculaire.

Anatomie pathologique. — Les diverticules peuvent se montrer dans la pachyvaginalite à épanchement séreux (obs. II) et dans les pachyvaginalites à épanchement hématique (les 4 autres observations).

Leur siège s'est montré variable : deux fois ils étaient situés à la partie postérieure de la poche, au voisinage du testicule (obs. II, III) ; deux fois à la partie externe (obs. IV, V) ; une fois à la partie inféro-antérieure (obs. I).

Dans deux cas, ces diverticules ne formaient aucun relief à la surface de la tumeur (obs. II, IV). Mais dans les observations I, III, V, ils constituaient sur la masse principale une saillie variant du volume d'un pois à celui d'une orange.

Parfois isolés, ces diverticules peuvent, au contraire, dans d'autres cas, être multiples (2 dans obs. I ; 3 dans obs. II ; 2 dans obs. III).

Dans quatre cas sur cinq, il y avait communication avec la poche vaginale.

Cette communication se faisait le plus souvent (obs. II, IV, V) par un orifice régulièrement arrondi, aux bords nets, minces et presque tranchants, dont la dimension variait du diamètre d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 50 centimes.

Dans l'observation III, c'était par une sorte de goulot que les diverticules communiquaient avec la poche principale, dont ils n'étaient qu'une dépression en doigt de gant.

L'examen microscopique des parois de ces poches fut fait avec

soin au laboratoire de M. le professeur agrégé Sabrazès et les coupes furent présentées par l'un de nous à la *Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux* en janvier 1897. Dans notre observation I, les faisceaux fibreux constituants de la paroi de la grande poche se dissociaient pour comprendre entre eux une cavité accessoire et se



Fig. 1 (Obs. I) : Aspect clinique.

reconstituaient ensuite pour se diviser de nouveau et former de la même façon la seconde poche.

Dans nos observations II, IV, V, il n'en était plus ainsi. Les fibres conjonctives parallèles qui constituaient la paroi de la grande poche se sont montrées rompues en grand nombre au pourtour de l'orifice de communication entre la poche accessoire et la cavité principale ; quelques-unes seules étaient continues et formaient la paroi du diverticule.

Enfin, dans notre observation III, les diverticules étaient constitués

par la paroi de la grande poche dans toute son épaisseur, déprimée en doigt de gant.

Pathogénie. — *a.* L'examen histologique de la paroi rend facilement compte de la façon dont se forment les poches et ces diverticules.

Parfois les grosses bosselures de l'hématocèle de l'observation I sont dues à la dissociation des fibres conjonctives de la paroi. Les vaisseaux friables que l'on rencontre dans la paroi de l'hématocèle se sont rompus, une hémorragie interstitielle s'est produite et le sang s'est creusé une cavité intra-pariétale.

Cette seconde poche reconnaît donc la même pathogénie que l'hématocèle elle-même ; aussi le liquide qu'elle contenait était-il en tout semblable à celui de la poche principale. C'était une seconde hématocèle dans la paroi de la première.

b. On pourrait peut-être admettre la même pathogénie pour ces diverticules hémisphériques, à parois minces, qui communiquent avec la poche principale par un large orifice arrondi.

La poche intra-pariétale une fois constituée, il suffirait que la cloison qui le sépare de la cavité principale se rompît, établissant ainsi une large communication entre les deux poches, pour qu'on observât ce que nous avons rencontré dans nos observations IV et V.

C'est là un mécanisme qui doit exister et peut s'appliquer à ces observations; mais il ne peut convenir à notre observation II. Dans cette dernière, nous avions affaire à une pachyvaginalite *séreuse* dont la paroi ne renfermait pas encore ces vaisseaux friables qui donnent naissance à l'hématocèle; le liquide, absolument citrin, ne présentait pas trace de mélange hématique : il nous faut donc chercher une autre explication.

Si nous remarquons que les cinq diverticules que nous avons observés dans ce cas se sont tous produits au niveau d'une plaque dure et épaisse qui doublait en dedans la vaginale, nous pouvons admettre que les parties les moins extensibles de cette plaque se sont fissurées sous l'effort de la pression du liquide ; celui-ci s'est précipité dans l'épaisseur de la paroi où il s'est creusé une poche aplatie, ne faisant pas de saillie à l'extérieur, si la partie non rompue de

la paroi avait encore une force suffisante pour résister à la pression du liquide (obs. IV), ou au contraire, arrondie, et faisant hernie à la surface externe de la tumeur, s'il ne restait plus qu'une mince membrane qui cédait sous l'effort (obs. II).

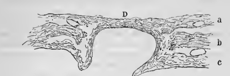


Fig. 2 (Obs. II).

Coupe demi-schématique de la paroi au niveau du diverticule.

La paroi de la poche principale est formée des trois faisceaux *a*, *b*, *c*, tandis qu'en D la paroi du diverticule n'est plus constituée que par une partie des faisceaux *a* et *c*, le faisceau *b* ayant été rompu tout entier.

c. Dans notre observation III, aucune de ces explications ne peut convenir; car les diverticules sont formés par toute l'épaisseur des parois de la poche. Ici c'est une adhérence partielle de la vaginale au cordon atteint de tuberculose, qui a empêché cette séreuse de se dilater également en tous ses points et produit ces deux dépressions en doigt de gant que nous avons trouvées.

d. On peut enfin admettre, sans que nous en ayons rencontré d'exemple, qu'une malformation de la vaginale, due à une oblitération incomplète de la partie la plus inférieure du conduit vagino-péritonéal, puisse être l'origine d'une nouvelle catégorie de diverticules.

La pathogénie que nous venons d'indiquer a certainement besoin d'être soumise à de nouvelles recherches. Et il paraît étrange, nous en convenons, que des lésions qui ont tant de ressemblances les unes avec les autres, puissent avoir tant d'origines différentes. Nous ne pensons pas, cependant, qu'on soit autorisé à les regarder toutes comme étant produites par un mécanisme unique. Nous nous sommes demandé également à quoi tenaient cette forme si nettement arrondie,

ces bords lisses, minces, et comme tranchants, des orifices de communication de la poche principale avec les cavités adventives. Est-ce aux passages répétés du liquide à travers ces orifices dans les divers mouvements du corps ?

Nous bornons notre résumé à cette étude de l'anatomie pathologique et de la pathogénie, car ce sont les chapitres intéressants et nouveaux de notre mémoire.

Signes, pronostic et traitement ne sont, en effet, d'après l'analyse de nos observations, nullement modifiés par la présence des diverticules.

* * *

Calculs creux du Rein (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1898, p. 1).

D'après les recherches bibliographiques et la visite des principaux musées de l'Europe, ce cas semble unique au monde. Les pièces sont déposées au musée de M. le professeur Guyon, à Necker.

« Il s'agit de deux calculs creux du rein, recueillis à l'autopsie d'un prostatique de soixante-deux ans, mort de rétention d'urine incomplète et chronique. Outre les lésions vésicales et prostatiques classiques, il existait au niveau du rein gauche les lésions suivantes : le rein était réduit à une mince capsule fibreuse servant d'enveloppe à deux masses dures, que l'incision montra être deux masses calculeuses, dont la surface externe adhérait assez intimement à l'enveloppe fibreuse pour qu'il fallût les détacher avec l'ongle. Il existait ainsi deux poches ne communiquant pas entre elles et dont la plus grande se continuait en bas avec l'uretère atrophié, mais perméable jusqu'à la paroi vésicale où il s'obstruait.

Quant aux concrétions, l'une avait le volume et la forme d'un bel œuf et pesait 43 grammes ; l'autre, grosse comme une noix, pesait 8 grammes. L'une et l'autre étaient de couleur blanc jaunâtre. De forme régulière, elles offraient une surface inégale, rugueuse, une consistance très dure donnant l'impression d'une paroi osseuse légèrement élastique. A la coupe, ces pierres s'écrasèrent sous la pression du couteau ; de la plus grosse il s'échappa un liquide de

couleur acajou qui, s'il n'avait pas l'odeur de l'urine, en avait tout l'aspect; l'examen de ce liquide fait par M. Barthe permit de conclure qu'il était d'origine urinaire.

La seconde pierre était creuse, contenait un peu de pus, renfermant des colibacilles. Ouverts, les deux calculs ressemblaient à des coquilles, épaisses de 2 à 3 millimètres, à surface interne rugueuse tapissée d'une sorte de membrane réticulée, rouge sang par places, et qui, en se desséchant, est devenue noirâtre; l'examen microscopique a démontré qu'elle était formée par du mucus et des hématies. Interposée entre l'œil et la lumière, la coque est transparente en presque tous les points, mais inégalement. L'analyse chimique faite par M. Barthe a montré que le calcul était formé en grande partie de phosphate de chaux et en bien moins grande partie de carbonate de chaux et de phosphate de magnésie. Les phosphates de chaux étaient en proportion tout à fait insolite, ce qui démontre qu'ils provenaient en grande partie de la précipitation des phosphates terreux de l'urine sur la muqueuse enflammée du bassinet.

L'examen histologique de la paroi calcaire fait par M. Sabrazès, a montré qu'elle était constituée par des stratifications, dans l'intervalle desquelles on trouve des colibacilles sans éléments cellulaires reconnaissables.

On peut supposer que ces calculs ont été formés par des dépôts successifs de matière calcaire sur toute la surface de la muqueuse enflammée du bassinet. L'orifice supérieur de l'uretère aurait été obstrué avant que l'urine se fût écoulée, ce qui expliquerait son enveloppement par la paroi du calcul; l'urine aurait alors contribué à l'épaississement de cette paroi en y laissant précipiter des phosphates terreux. » (Rapport de M. Tuffier à la Société de Chirurgie).

*
* *

Deux cas d'anurie calculeuse; nécessité de l'intervention précoce (*Congrès d'Urologie*, 1897).

Bien que la première opération pour anurie calculeuse remonte à 1882 (Bardenheuer, obs. van Thelen), en France, le traitement

chirurgical de cette affection n'est entré dans la pratique courante que dans ces cinq ou six dernières années, à la suite des travaux de MM. Desnos, Demons et Pousson, Donnadieu, Legueu, etc.

Le nombre des interventions publiées est encore restreint : il s'élève à peine à trente.

C'est dire qu'il y a certains côtés du traitement sur lesquels l'expérience n'a pas encore prononcé.

« On discute encore, écrivait M. Legueu dans un recent mémoire, et sur le moment de l'intervention et sur le choix de cette intervention. Sur ce sujet, la conviction ne peut s'établir qu'avec des faits, et je regrette qu'on ne publie pas toutes les observations, heureuses ou malheureuses, d'anurie calculeuse avec ou sans opération : l'ensemble de ces documents constituerait une base solide pour trancher la question. »

C'est pour répondre à cet appel que je publiai deux observations d'anurie calculeuse pouvant aider à déterminer le moment où il faut intervenir.

Dans la première, on voit qu'il s'était produit, dès le 3e jour de l'anurie, des phénomènes d'intoxication qui se traduisirent par une sensation de malaise général et de refroidissement.

La seconde se rapporte à un homme opéré le cinquième jour de l'anurie, en pleine période de tolérance apparente, et qui, malgré la néphrotomie et bien qu'il rendît de l'urine, mourut d'urémie. Son organisme était déjà trop intoxiqué, quand j'étais intervenu, pour que son seul rein pût le débarrasser des poisons accumulés.

Après cinq jours d'anurie, en effet, même quand aucun signe évident d'urémie n'a été constaté, l'intoxication de l'organisme peut être profonde (professeur Bouchard), et il peut suffire du chloroforme absorbé pendant l'opération pour provoquer une crise d'urémie dont le malade ne peut se relever.

Aussi concluions-nous à la nécessité d'une intervention précoce. Il y a quelques années, il semblait qu'on pût attendre le 7e ou le 8e jour pour intervenir chirurgicalement; en 1890, Legueu abaisse cette limite à cinq jours; Donnadieu écrit, dans son excellente thèse, que « le moment le plus opportun pour une opération est cette période

intermédiaire — ordinairement comprise entre le 5e et le 6e jour — qui n'est plus la tolérance absolue et qui n'est pas encore l'urémie confirmée ».

Dans son récent mémoire (1895), Legueu est revenu sur son appréciation première; il a remarqué que la mortalité est notablement moins élevée chez les malades opérés dans les cinq premiers jours que chez ceux qui l'ont été plus tard, aussi recommande-t-il une opération précoce que l'on pratiquera aussitôt que le diagnostic sera assuré.

Il nous semble que c'est là la ligne de conduite à adopter. Si quelques anuriques ont guéri après une intervention faite au 12e jour (Pousson), au 13e (L. Championnière), au 14e (Chevalier), ou même pratiquée chez des malades dans un demi-coma (Desnos, Chevalier, Duret), ce sont là des faits exceptionnels qui peuvent seulement démontrer qu'il n'est jamais trop tard pour tenter une opération, mais il ne faudrait pas s'en autoriser pour faire prévaloir une temporisation qui risquerait d'être funeste.

Si l'on songe, en effet, que des phénomènes urémiques apparaissent parfois presque en même temps que l'anurie, ou peu de temps après son début, que d'autre part la mort subite peut survenir en pleine période de tolérance apparente (Donnadieu), on comprendra toute la nécessité d'une intervention précoce.

La néphrotomie aseptique est une opération de peu de gravité, et plus on attend pour la pratiquer, plus l'intoxication de l'organisme augmente, plus l'anesthésie nécessaire pour l'opération devient dangereuse. Le seul rein qui reste (1) est souvent altéré; aussi, si l'on tarde trop, est-il à craindre que ce rein ne puisse suffire, après l'intervention, à éliminer les produits toxiques qu'on aura laissé s'accumuler dans le sang : les phénomènes urémiques persisteront malgré l'opération ou éclateront après elle pour se terminer trop fréquemment par la mort des malades.

Il nous semble qu'en face d'une anurie calculeuse absolue qui

(1) Il en est ainsi dans l'immense majorité des cas; l'anurie réflexe est une très rare exception.

remonte à plus de quarante-huit heures (1), on doive agir comme en face d'une hernie étranglée : si un traitement médical (2) énergiquement employé n'est pas suivi de succès en quelques heures, il faudra sans plus tarder recourir à l'intervention sanglante.

C'est par cette précocité dans l'intervention que la mortalité de l'anurie calculeuse sera réduite à son minimum.

* * *

Gangrène et expulsion totale de la muqueuse vésicale après une injection de chlorure de sodium (*Archives cliniques de Bordeaux*, et *Journal de médecine et de chirurgie pratiques de Paris*, 1893, p. 189).

Ce cas est curieux car c'est le seul, à notre connaissance, où une injection de cette nature ait produit un effet pareil.

Il s'agit d'une jeune fille enceinte qui, désirant se faire avorter, fit dissoudre 500 grammes de chlorure de sodium dans un verre d'eau chaude. Quand le liquide fut à température moyenne, elle le mit dans un irrigateur ordinaire armé d'une canule très fine.., et elle prit son injection.

Elle ressentit aussitôt des douleurs terribles; elle se mit à courir, à sauter, à se rouler dans l'appartement où elle s'était enfermée. Malgré tout elle conserva son injection une heure. Au bout de ce temps, elle la rendit, mais sanglante, et des besoins d'uriner constants, un ténesme vésical atrocement douloureux, des urines sanglantes indiquèrent que la jeune fille s'était trompée d'orifice et avait fait l'injection dans la vessie.

Les douleurs ne diminuèrent que vers le cinquième jour; mais au

(1) Nous ne donnons un chiffre que pour fixer les idées. On a bien observé des guérisons spontanées beaucoup plus tard (jusqu'au 25e jour), mais passé le 2e jour, elles sont assez rares pour qu'on ne doive plus y compter.

(2) Injections hypodermiques de morphine; électricité, massage de l'uretère, compression élastique des membres inférieurs (Reliquet) chez les gens au cœur et aux artères sains, etc.

Le chloroforme peut à lui seul amener la guérison en faisant cesser le spasme cas de Counsell (*Lancet*, 1888); il sera donc bon de rechercher, avant de prendre le bistouri, s'il n'est arrivé ni calcul, ni urine dans la vessie.

bout d'un mois, quand la malade entra à l'hôpital, elles étaient encore très fortes, et on constatait tous les signes d'une violente cystite; il n'y avait d'ailleurs aucune menace d'avortement. Quelques jours plus tard, elle rendit une poche membraneuse blanche complète, dont la surface interne était recouverte d'un véritable revêtement de petites concrétions. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de la muqueuse vésicale tout entière et même d'une partie de la couche musculaire.

Du jour où cette poche fut expulsée, les douleurs se calmèrent, les urines devinrent de moins en moins rouges et enfin toute trace de sang disparut; néanmoins la malade conserva de l'incontinence d'urine; cinq mois après l'injection, elle était obligée d'uriner toutes les heures. Sur ces entrefaites, elle accoucha d'un enfant de sept mois qui ne vécut que quelques jours. Les suites de couches immédiates furent bonnes, mais, depuis, elle souffre des reins, ses urines contiennent de l'albumine, et elle a des envies fréquentes et impérieuses d'uriner.

Depuis cinq ans (1893-1898), son état est à peu près toujours le même.

* * *

Hématocèle vaginale énorme à surface bosselée (*Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1897).

* * *

Pachyvaginalite à diverticules (*Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, 1897).

Ces deux observations ont été le point de départ du mémoire que j'ai fait paraître avec le professeur Demons, sur la pachyvaginalite multiloculaire.

* * *

Lipome du cordon pris pour un varicocèle (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897).

Les lipomes du cordon sont rares; ils peuvent se développer sur place, ou bien prendre naissance dans le tissu cellulaire sous-périto-

néal et s'engager secondairement dans le canal inguinal comme une hernie. Ils entraînent alors le plus souvent le péritoine qu'on trouve à leur centre.

C'est un cas de cette dernière catégorie que nous avons opéré.

Le diagnostic n'avait pas été fait : ce malade avait été donné à un concours des hôpitaux, le jury et la plupart des candidats avaient diagnostiqué un varicocèle dont il n'y avait pas trace.

* * *

Reins polykystiques. Anurie calculeuse (En collaboration avec le Dr Vitrac, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1897).

Les calculs développés dans les reins polykystiques sont rares, à peine mentionnés.

Ici, un calcul avait obstrué l'uretère du seul rein qui fonctionnait encore, et la femme, ayant refusé toute intervention, était morte au onzième jour de son anurie, dans le coma et avec des sueurs d'urée.

* * *

Epithélioma de la verge à plaques ulcérées multiples, avec marche rapide et perforation précoce de l'urètre (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1896).

L'épithélioma de la verge présente ordinairement une marche assez lente, et ce n'est que rarement qu'il perfore le canal (2 fois sur 134, Demarquay). Ici la marche fut rapide; en cinq mois, cet épithélioma parti du bord libre d'un prépuce atteint de phimosis avait détruit la moitié antérieure de la verge et ouvert l'urètre. De plus, phénomène rare, il y avait à distance, sur la face antérieure du pubis, deux plaques ulcérées, chacune grande comme une pièce de cinq francs, et qui étaient aussi de nature épithéliomateuse (examen histologique). Entre le cancer primitif et ces plaques, on sentait un cordon de lymphangite cancéreuse : ces ulcérations à distance n'étaient par conséquent que des points d'efflorescence de cette lymphangite. Les ganglions de l'aine étaient pris. Malgré la marche

rapide et l'étendue des lésions, notre maître, le professeur Demons, fit une large ablation. Un an après, ce malade n'avait aucune trace de récidive, et son état général était parfait.

* * *

Exstrophie de la vessie (*Bulletin de la Société anatomique de Bordeaux*, mars 1889).

* * *

Epingle à cheveux dans la vessie. Extraction par l'urètre (*Journal de médecine de Bordeaux*, 13 janvier 1889).

II. — GYNÉCOLOGIE

Du pseudo-rhumatisme puerpéral, son identité avec le rhumatisme blennorragique (*Annales de Gynécologie*, numéros de janvier et de février 1898).

Dans les salles de chirurgie et dans les maternités on voit parfois des femmes enceintes ou de nouvelles accouchées atteintes d'une maladie articulaire d'un diagnostic difficile : on rejette successivement l'idée de rhumatisme, d'arthrite traumatique, infectieuse, tuberculeuse, syphilitique ou nerveuse.

Les symptômes seraient ceux d'une arthrite blennorragique, mais comme on ne trouve pas de preuves évidentes de l'infection gonococcique on repousse encore ce diagnostic pour se rattacher, en dernier espoir de cause, à l'idée de rhumatisme puerpéral.

Qu'est-ce donc que le rhumatisme puerpéral, auquel les livres classiques consacrent des chapitres étendus ?

Charpentier (*Traité d'accouchements*, 1889) en fait une maladie « due à l'influence générale de la puerpéralité » et distincte du rhumatisme blennorragique. Besnier (*Dictionnaire Dechambre*) soutient la même opinion. Vinay (*Maladies de la grossesse*, 1894) dit que « c'est une manifestation *spéciale* de la blennorragie. ».

On voit par là combien la nature de ce rhumatisme puerpéral restait vague et indécise. Au fond, la plupart des accoucheurs et des chirurgiens pensent que rhumatisme puerpéral et rhumatisme blennorragique ne font qu'un, mais il fallait le démontrer.

C'est ce que nous avons entrepris à l'occasion de trois observations personnelles.

Voici quel a été le plan de notre travail : Dans un premier chapitre, nous avons repris aux sources mêmes tous les arguments sur lesquels s'étaient appuyés, en 1866, les créateurs du rhumatisme puerpéral pour le distinguer du rhumatisme blennorragique. Puis nous avons examiné la valeur de ces arguments à la clarté des connaissances actuelles.

Dans un second chapitre, nous avons passé en revue une à une toutes les observations qui ont servi de base pendant plus de vingt ans à la théorie du « rhumatisme puerpéral ».

Nous avons fait voir combien elles sont incomplètes, absolument inacceptables aujourd'hui pour la démonstration qu'elles prétendaient faire.

Enfin après avoir démoli, il fallait rebâtir. C'est ce que nous avons fait dans un troisième chapitre : nous avons montré que dans cinq faits tout récents, dont trois nous sont personnels, de rhumatisme cliniquement qualifié de « puerpéral » une recherche bactériologique minutieuse et plusieurs fois répétée a permis d'en démontrer la nature blennorragique.

Nous avions ainsi accumulé des faits d'ordre critique, clinique, bactériologique. Tous sans exception s'accordent pour démontrer que « rhumatisme puerpéral » et « rhumatisme blennorragique » ne constituent qu'une seule et même affection, scindée à tort en deux chapitres au moment où faute de sanction bactériologique toutes les opinions pouvaient être soutenues.

C'est là la première partie de notre Mémoire.

Dans la seconde, nous étudions si ce rhumatisme « puerpéral » devenu « blennorragique » est ou non influencé par la puerpéralité et, d'autre part, s'il retentit sur la marche normale de celle-ci.

PREMIÈRE PARTIE

§ I. *Examen des arguments des créateurs du rhumatisme puerpéral.* — En 1866, à la Société médicale des hôpitaux, le professeur Fournier

venait de défendre la spécificité du rhumatisme blennorragique; Lorain se leva : « La blennorragie, dit-il, n'a pas seule le monopole de ces accidents à forme rhumatismale ; plusieurs états morbides très différents l'un de l'autre, de nom au moins, peuvent engendrer ce rhumatisme secondaire qui porte, à tort, le nom de rhumatisme blennorragique.

« Si vous lui conservez ce nom, je réclame le même privilège pour le rhumatisme des nourrices et des femmes enceintes.

« Avant l'accouchement, il existe chez la femme enceinte un état morbide des voies génito-urinaires qui, plus ou moins marqué, peut les prédisposer à des arthrites analogues aux arthrites blennorragiques. Le col utérin, le vagin, ne sont pas seuls en cause. Chez la plupart il est facile de constater un certain degré d'urétrite. En effet, ayant examiné à ce point de vue toutes les femmes qui étaient entrées dans le service pour y accoucher, même fort peu de temps après la miction, *on pouvait faire sourdre de leur urètre*, en pressant d'arrière en avant, *une gouttelette d'un liquide blanchâtre analogue à du pus*. Quelques-unes accusent de la douleur en urinant.

« Ce n'est point dû à la coïncidence de quelque ancienne blennorragie, réveillée par la congestion générale de la muqueuse. Le pus urétral, de même que le pus qui s'écoule en quantité quelquefois considérable du col utérin et qui baigne le vagin, est le résultat *normal* de la grossesse. »

Lorain n'en doute pas, car « il a obtenu de ces mêmes écoulements chez des jeunes femmes de sa clientèle *incontestablement très saines* ».

On voit — et il n'en a pas été fourni de nouveaux depuis — quels étaient les arguments de Lorain : leur insuffisance est évidente. Dire que le rhumatisme puerpéral se distingue du blennorragique parce qu'il prend naissance dans un écoulement urétro-vaginal « normal » de la puerpéralité et se fonder uniquement, pour prouver que cet écoulement est normal et non blennorragique, sur ce qu'on l'a rencontré chez des femmes « incontestablement très saines », ne peut aujourd'hui constituer une démonstration scientifique.

§ II. *Examen des observations.* — Nous avons réuni, sous forme de tableau facile à consulter, toutes les observations de rhumatisme

puerpéral. Un simple coup d'œil jeté sur les colonnes de ce tableau montre que l'état des organes génitaux de la femme n'est presque jamais mentionné, l'état des yeux de l'enfant n'est indiqué qu'une fois (et il y avait ophtalmie purulente); jamais on n'a recherché l'état de l'urètre du père de l'enfant.

C'est en se fondant sur des observations aussi incomplètes, justement dans leurs points les plus importants, qu'on avait édifié le rhumatisme puerpéral à côté du blennorragique !

§ III. *Preuves bactériologiques de l'identité du rhumatisme puerpéral et du blennorragique.* — Mais, pour démontrer d'une façon irréfutable l'identité de ces deux rhumatismes, il fallait prouver la présence du gonocoque dans les articulations ou au moins dans l'écoulement génito-urétral des femmes atteintes de rhumatisme puerpéral.

C'est ce que nous avons fait en réunissant 5 observations toutes récentes de faits cliniquement diagnostiqués « rhumatisme puerpéral » et bactériologiquement démontrés rhumatisme blennorragique ; 3 de ces observations nous sont personnelles, 2 appartiennent à M. Bar.

Nous pensons que si cette démonstration bactériologique n'avait pas été faite encore, c'est que la recherche du gonocoque est difficile, *elle doit être plusieurs fois répétée*, et à des moments spéciaux, pour être fructueuse. Aussi avons-nous insisté sur la technique qui nous a réussi dans nos 3 cas.

Bactériologie clinique du gonocoque. — Les microbes de Neisser sont en petit nombre ; ils ne se colorent pas également bien par les colorants ordinaires ; ils ne se développent que sur des milieux de culture spéciaux et sont détruits probablement assez vite dans les articulations. Ce sont là des points dont il faut toujours se souvenir dans la recherche du gonocoque.

On peut trouver le gonocoque soit dans le liquide épanché dans l'articulation malade, soit dans le vagin, ou mieux l'urètre ou la cavité cervicale. On doit le rechercher à la fois dans l'articulation et dans les organes génito-urinaires.

On recueille le liquide intra-articulaire dans une pipette avec toutes les précautions aseptiques habituelles. Si l'on a affaire à une forme

d'arthrite plastique, on ne pourra songer à recueillir du liquide articulaire, et c'est dans l'urètre, le vagin, et mieux la cavité cervicale, qu'il faudra prendre le muco-pus.

Ici, il n'y en aura pas une assez grande quantité pour l'aspirer avec une pipette, aussi c'est par le raclage qu'il faudra procéder. Cette pratique est d'autant plus à recommander que les gonocoques siègent dans les parties les plus superficielles de la muqueuse et qu'on aura par ce moyen plus de chances d'en ramener.

Le muco-pus, ainsi recueilli, est déposé sur une compresse aseptique, ou mieux sur une lame. Il faut en faire des frottis pour l'examen direct, et on doit aussi en faire des cultures.

a) L'*examen direct, par frottis*, est indispensable; assez souvent il permet de constater la présence de gonocoques dans un pus dont les cultures vont rester négatives, comme cela est arrivé à M. Bar et à nous-même dans une de nos observations.

Le frottis est fait sur une lame. Après dessiccation et fixation par la chaleur, on colore par le bleu de méthylène de Kuhn; on lave dans un courant d'eau, on dessèche la préparation et on procède à l'examen à l'aide d'un objectif à immersion.

Les gonocoques se présentent sous la forme de cocci en grains de café disposés par deux ou par tétrades à l'intérieur des leucocytes polynucléaires.

Quelques préparations seront traitées par la méthode de Gram (le gonocoque se décolore dans ces conditions).

b) *Cultures*. — Elles doivent être faites sans retard, car le gonocoque laissé *in vitro* à une température inférieure à 35 degrés n'a qu'une vitalité éphémère.

Les milieux usuels (bouillon, gélatine, gélose) ne conviennent pas à la culture, mais il est cependant utile d'y recourir; car l'absence de développement microbien sur ces milieux est déjà une présomption en faveur de la nature gonococcique du muco-pus examiné.

Les milieux électifs pour la culture du gonocoque sont : le mélange à parties égales de gélose et de sérum d'ascite (Wertheim), la gélose ensanglantée (Pfeiffer), l'urine albumineuse, le mélange de jaune d'œuf et de gélose.

Le milieu de choix est celui de Wertheim.

La culture à l'étuve à 37 degrés se développe dans les vingt-quatre heures sous la forme de petites colonies transparentes, formant des dentelures sur la strie d'ensemencement, ayant une tendance à se disposer ultérieurement en anneaux concentriques.

Le diamètre des colonies à l'acmé de leur développement n'excède pas $0^m,005$.

L'examen de ces cultures montre des cocci, assez polymorphes, ne prenant pas le Gram (1).

Parfois, même dans le cas d'arthrite blennorragique vraie, les tubes resteront stériles, et l'examen direct lui-même ne démontrera pas la présence de gonocoques.

Cela tient à ce que les gonocoques sont ordinairement rares dans l'épanchement articulaire; et il faut un examen minutieux pour en découvrir quelques-uns logés dans un leucocyte.

Ces résultats négatifs de l'examen direct des cultures, s'ils ne prouvent pas, sont cependant en faveur de la nature gonococcique du liquide, car les autres microbes se décèlent plus vite.

Mais il est bon de répéter les recherches si une première fois elles sont restées infructueuses.

On ne manquera pas dans ce cas d'examiner le muco-pus des organes génito-urinaires en même temps que le liquide articulaire, et souvent on rencontrera dans la goutte purulente ramenée de la cavité cervicale ou de l'urètre les gonocoques qu'on avait vainement cherchés dans l'articulation.

Pour que les recherches dans le muco-pus des organes génito-urinaires aient plus de chance d'aboutir, il est bon d'attendre, pour le recueillir, la période qui suit immédiatement les règles et de donner, quelques jours auparavant, de l'iodure de potassium à la femme.

Sous l'influence de la congestion ainsi produite, les gonocoques doués d'une vitalité plus grande se rencontreront plus facilement.

C'est grâce à ce moyen, qui nous avait été conseillé par M. le mé-

(1) On ne peut inoculer ces cultures à un animal, car on n'en connaît pas (le singe?) qui puisse servir de réactif. Quant à les inoculer dans l'urètre de l'homme, comme ont fait plusieurs expérimentateurs avec succès, déterminant chez ces sujets la blennorragie habituelle, nous nous garderons de le conseiller.

decin principal Anthony, que nous sommes arrivé, après deux examens négatifs, à découvrir le gonocoque chez la malade de notre première observation.

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique de rhumatisme blennorragique puerpéral. — L'identité du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme blennorragique démontrée, il s'agissait de savoir si la puerpéralité imprimait quelques caractères spéciaux a ce rhumatisme blennorragique, comme l'avait écrit Vinay (*Traité des maladies de la grossesse*, 1894).

Reprenant en détail toutes les observations publiées, nous avons montré, avec les documents à l'appui, que pendant la puerpéralité le rhumatisme blennorragique est, comme siège, symptômes, marche et pronostic, absolument semblable à celui qu'on rencontre en dehors de cette période.

Lorain avait émis, sans preuves, du reste, l'opinion que l'accouchement exerçait la plus heureuse influence sur l'évolution de l'arthrite : il avait préconisé l'accouchement prématuré et l'avait même pratiqué une fois. En 1892, deux accouchements prématurés avaient été provoqués pour hâter la guérison d'un rhumatisme puerpéral. Nous avons montré, d'après l'analyse des observations, qu'il y avait là une erreur qui, sur les trois cas où l'accouchement avait été provoqué, avait amené deux fois la mort rapide de l'enfant, sans *jamais* exercer d'influence appréciable sur l'arthrite de la mère.

A l'encontre de l'accouchement qui était censé exercer une action favorable sur la marche de l'arthrite, l'allaitement était accusé de l'aggraver, et on le faisait cesser. Nous avons, toujours avec l'analyse serrée des faits, prouvé que l'allaitement n'avait aucune influence directe sur l'évolution de la maladie articulaire.

Le rhumatisme puerpéral avait enfin été accusé d'avoir une influence fâcheuse sur l'évolution de la grossesse, et Lassort (*Th.*, 1895) s'était fait le défenseur de cette opinion. Reprenant ses propres observations, nous avons montré qu'il n'en reste pas une seule probante à l'appui de cette assertion.

Le traitement du « rhumatisme gonococcique puerpéral » ne diffère en rien de celui de la même maladie en dehors de la puerpéralité. Nous montrons que parmi les nombreux traitements employés c'est l'immobilisation rigoureuse suivie de mobilisation et de massage précoces qui ont donné les meilleurs résultats.



Cancer massif de l'ovaire (*Soc. anat. de Bordeaux*, 1897).

A propos d'un cas de carcinome de l'ovaire, nous insistons : 1° sur l'absence d'ascite aussi souvent observée avec ces tumeurs qu'avec les fibromes; 2° sur la bénignité relative de ces cancers massifs de l'ovaire; et nous citons le fait d'une malade qui reste guérie depuis deux ans.

* * *

Tumeur gazeuse de l'abdomen développée dans une poche de kyste ovarique (En collaboration avec le Pr Agr. Binaud, *Soc. gyn. de Bordeaux* et *Semaine gynécologique*, 1896).

Les tumeurs gazeuses de l'abdomen sont de fausses tumeurs dit-on. Il y a cependant de vraies tumeurs gazeuses abdominales. Notre cas en est un exemple.

Une femme de cinquante-quatre ans vint à l'hôpital pour un fibrome utérin à côté duquel on trouvait une tumeur mobile et sonore, qu'on croyait due à une distension intestinale limitée. La laparotomie faite par notre maître le professeur Demons conduisit sur une tumeur bleutée, semblable à un kyste ovarique mais sonore. Elle était, au niveau du cul-de-sac de Douglas, adhérente à l'intestin. Un coup de ciseaux fut donné en ce point, il intéressa la paroi de la poche, car on entendit un sifflement analogue au bruit que fait l'air en s'échappant d'un ballon qui se crève, et la tumeur s'affaissa sous les yeux de l'opérateur et de ses aides. Le gaz ne fut pas recueilli, il était inodore; pas une goutte de liquide ne s'était écoulée.

Le même coup de ciseaux qui avait ouvert la poche, avait, en

même temps, ouvert l'intestin, montrant bien leur adhérence intime.

La poche enlevée aurait pu contenir une tête d'adulte. Elle ressemblait absolument, à l'œil nu, à une poche de kyste ovarique sans liquide. L'examen histologique, par M. Sabrazès, démontra que sa structure était celle des kystes de l'ovaire.

L'adhérence intime de cette poche à l'intestin en un point, donne à penser que le kyste de l'ovaire s'était vidé dans l'intestin et que des gaz avaient remplacé le liquide, puis la fissure s'était refermée.

* * *

Fibrome interstitiel de l'utérus; rupture d'un sinus de la tumeur : hémorragie intra-péritonéale mortelle (*Bulletin de la Société d'anatomie de Bordeaux*, 1892, p. 51).

La mort par rupture d'un de ces sinus qui sillonnent parfois la surface des tumeurs fibreuses de l'utérus est un fait très rare.

Notre malade, qui portait depuis dix ans un fibrome sans en être incommodée, se heurta violemment le bas-ventre sur le coin d'une table, le 1er février au soir; elle ressentit aussitôt une grande douleur, faillit s'évanouir, et dut se mettre au lit. Le lendemain, le ventre était météorisé, des vomissements bilieux avaient apparu; il n'y avait eu aucune émission de gaz par l'anus, le pouls était petit: le thermomètre marquait 37°,5.

Le 3 février, le professeur Demons pratique la laparotomie : il trouve, dans le péritoine, 1,300 grammes de sang noir et de caillots, qui entourent le fibrome. Celui-ci est parcouru par de gros sinus, mais aucun ne paraît ouvert : le péritoine est débarrassé du sang qu'il contient, et refermé sans qu'on sache d'où est venue l'hémorragie. Tout va bien pendant trois jours.

Le 6 février, à 4 heures du matin, la malade meurt brusquement.

A l'*autopsie*, nous trouvons dans l'abdomen plus d'un litre de sang noir; sur la face postérieure du fibrome, au niveau de l'angle sacro-vertébral, un sinus superficiel, gros comme le petit doigt, est ouvert et obstrué par un caillot; c'est par là que s'est faite l'hémorragie.

* * *

Cancer du col de l'utérus avec traînées épithéliales intramusculaires (*Soc. de gyn. de Bordeaux* et *Annales de gynécologie*, 1897).

Ordinairement, le cancer du col de l'utérus se propage au corps par des traînées épithéliales qui suivent la muqueuse. Ici, un cancer non ulcéré du col, formant, comme certains cancers de la langue, une tumeur sous-muqueuse, s'était propagé jusqu'au fond de l'organe par des sortes de filons épithéliaux intra-musculaires. Au-dessus d'eux, la muqueuse était restée intacte, ainsi qu'en faisaient foi les coupes histologiques présentées à la Société de gynécologie de Bordeaux.

Ces cas de propagation intra-musculaire du cancer utérin sont très rares.

* * *

Fibrome kystique de l'utérus (*Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 1891).

* * *

Deux cas d'hystérectomie abdominale totale pour fibrome par la méthode de Doyen (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897).

* * *

Énorme kyste dermoïde de l'ovaire rompu dans le péritoine. Péritonite enkystée (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, et *Soc. de gynécologie de Bordeaux*, 1897).

Si les kystes ordinaires de l'ovaire peuvent se rompre dans le péritoine sans déterminer le plus souvent de troubles sérieux, au contraire la rupture des kystes dermoïdes, qui renferment un liquide beaucoup plus nocif, amène habituellement la mort.

Dans notre cas, la malade se sauva au prix d'une péritonite.

Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans qui, à l'âge de vingt-cinq ans, au cours d'une grossesse, fut reconnue atteinte d'un kyste de l'ovaire qu'on n'enleva pas. L'accouchement fut provoqué au 7e mois; l'enfant mourait trois jours après et la mère fut prise de tous les signes d'une péritonite très grave dont, au bout de trois mois, elle

finit par guérir. Sa tumeur, avait disparu mais le ventre tout entier s'était accru de volume. Il continua à grossir pendant vingt ans et prit des dimensions énormes, telles que tout travail devint impossible.



Fig. 3.

A l'hôpital, on crut à un énorme kyste uniloculaire de l'ovaire, et M. Demons se décida à en pratiquer l'ablation.

L'opération montra qu'on était en face d'un kyste dermoïde, enfermé dans une partie de la cavité péritonéale isolée autrefois par péritonite, et remplie du même liquide que le kyste avec des quantités considérables de matière sébacée. Dans l'intérieur du kyste il y avait des poils. D'après l'histoire clinique, la rupture du kyste avait dû se faire pendant l'accouchement vingt ans plus tôt; il y avait eu péritonite enkystée. La déchirure de la poche s'était cicatrisée ensuite comme cela est, du reste, la règle.

Poche et liquide retiré pesaient ensemble 25 kilogrammes.

L'opération avait été très laborieuse, la grande cavité péritonéale avait été ouverte; la malade mourut le lendemain.

* * *

Kyste du ligament large à pédicule tordu et grossesse (en collaboration avec le Dr Fieux, *Soc. de gyn. de Bordeaux*, 1897).

Il s'agit d'une femme qui arriva à l'hôpital en travail, au sixième mois de sa grossesse ; elle portait, en même temps que son enfant, un volumineux kyste, de l'ovaire pensait-on.

L'accouchement fut spontané, l'enfant vécut trois jours.

Les suites de couches furent d'abord régulières, mais, le 10e jour, survinrent des accidents péritonéaux, qu'on pensa dus à une torsion du pédicule du kyste ovarique. M. Demons fit la laparotomie.

On trouva bien un kyste, et qui était tordu sur son pédicule, mais c'était un kyste du ligament large.

C'est là ce qui fait surtout l'intérêt de notre observation, la torsion du pédicule des kystes du ligament large étant très rare : le premier fait en a été signalé en 1896 par MM. Binaud et Chavannaz.

Notre fait vient encore à l'appui de ceux, aujourd'hui très nombreux, qui sont partisans de l'ablation immédiate de la tumeur, dans le cas de grossesse compliquée de kyste de l'ovaire. Ici, en abandonnant les choses à elles-mêmes, il y eut, en effet, accouchement prématuré, mort de l'enfant, torsion du pédicule du kyste et mort de la mère vingt-quatre heures après l'opération.



* * *

Coexistence du fibrome et du cancer de l'utérus (*Société de gynécologie de Bordeaux*, 1897).

On parle souvent de fibrome et de cancer simultanés de l'utérus, comme si le fibrome, par la métrite qui l'accompagne, faisait son lit au cancer. A propos de trois cas personnels, nous étudions les cas publiés et nous montrons qu'il y a une simple coïncidence entre les deux affections. Elle n'est pas, d'ailleurs, faite pour surprendre ; si l'on songe à la fréquence de l'utérus fibromateux (20 p. 100), il n'est pas étonnant que le cancer, en se développant sur l'utérus, ait chance (une fois sur cinq) d'y rencontrer un fibrome.

D'ailleurs, les deux tumeurs sont topographiquement indépen-

dantes, l'une se développant à une plus ou moins grande distance de l'autre.

L'analyse des observations montre que la coexistence du cancer et du fibrome rend seulement le diagnostic plus difficile et complique l'opération.

*
* *

Volumineux fibrome enlevé par l'hystérectomie abdominale totale suivant le procédé de Doyen (*Soc. de gyn. de Bordeaux*, 1897).

*
* *

De l'hystéropexie abdominale (*Thèse* de Bordeaux, 1892).

Notre travail, paraissant à peine un an après la très importante thèse de M. Baudoin sur le même sujet, nous ne pouvions envisager l'hystéropexie au même point de vue. C'eût été recopier cet auteur.

Aussi, après avoir exposé l'état de la question à cette époque, avons-nous borné la partie personnelle de notre travail à décrire la technique de notre maître, le professeur Demons, et à y réunir, en y joignant les suites éloignées, les observations que nous avions recueillies pendant notre internat dans son service.

Nous avons ainsi assemblé des matériaux pour contribuer, pour notre part, au jugement à porter sur l'hystéropexie abdominale.

Et déjà, nous fondant sur ce que nous avions observé, nous pouvions conclure que :

« L'hystéropexie abdominale primitive, de propos délibéré, trouve son indication dans le cas de rétrodéviations douloureuses, adhérentes et irréductibles, qui n'ont pu être corrigées par aucun autre moyen. »

La grossesse, ajoutions-nous, évolue le plus souvent (80 p. 100) d'une façon normale après l'hystéropexie, elle ne détruit pas les adhérences qui unissent l'utérus à la paroi abdominale. Ces propositions semblent confirmées aujourd'hui.

*
* *

Cancer en masse du sein, généralisation rapide (en collaboration avec M. Martin, *Bull. soc. anat. de Bordeaux*, 1897).

Il s'agit d'un cas de cancer en masse du sein qui avait évolué en onze mois, tuant la malade par généralisation dans tous les viscères et la colonne vertébrale.

* * *

Lipome intra-glandulaire du sein (*Bullet. Soc. anat. de Bordeaux*, 1892, p. 84).

Le lipome intra-glandulaire du sein est rare et les auteurs s'accordent presque tous à le considérer comme une tumeur para-mammaire plutôt que réellement mammaire (Duplay).

Ici, c'était un vrai lipome du sein, nettement intra-glandulaire, comme il était facile de le constater sur les préparations que je présentai à la Société anatomique. On voyait, en effet, au milieu du tissu adipeux, des tubes glandulaires en amas de dimensions variables. Plusieurs préparations furent faites sur différents points de la tumeur et dans toutes on vit des tubes glandulaires au milieu du tissu adipeux.

III. — CHIRURGIE ABDOMINALE.

Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère (*Revue de chirurgie*, numéro de mars 1898, pour être terminé dans les numéros de mai et juin).

Le chirurgien qui ouvre un ventre pour extirper une tumeur abdominale est toujours exposé à trouver, au lieu de la masse intra-péritonéale qu'il pensait rencontrer, une tumeur mésentérique à laquelle il n'avait peut-être pas songé.

S'il ne sait pas reconnaître aussitôt le siège rétro-péritonéal de cette tumeur, il fera une opération aveugle, cherchant toujours à pédiculiser une tumeur qui n'a pas de pédicule, produisant des délabrements inutiles et faisant courir les plus grands dangers au malade.

Aussi est-il du plus haut intérêt pour un chirurgien, sinon de pouvoir dans tous les cas diagnostiquer cliniquement une tumeur du mésentère, au moins de savoir la reconnaître dès le début de l'opération et d'avoir présentes à l'esprit toutes les difficultés de son extirpation.

Les traités classiques n'offrent à cet égard que des renseignements tout à fait insuffisants, Dans un mémoire de notre ami le professeur agrégé Braquehaye (Kystes du mésentère, *Arch. gén. de méd.*, 1892), le traitement des kystes est bien étudié dans un excellent chapitre, mais ce traitement des tumeurs solides n'a été l'objet d'aucun travail d'ensemble.

La thèse d'agrégation d'Augagneur, à laquelle on se reporte toujours, n'a pas été faite au point de vue spécial du traitement des tumeurs

du mésentère. D'ailleurs elle date de trop loin (1886) et s'appuie sur un nombre de faits trop restreint pour pouvoir être aujourd'hui un guide pour le chirurgien.

Aussi, après avoir aidé pendant notre internat et notre clinicat notre maître le professeur Demons à opérer des tumeurs ou des kystes du mésentère, après avoir vu les difficultés de ces opérations encore mal connues, dans leur technique et leurs résultats, nous avons entrepris de réunir toutes les observations publiées et d'écrire sur ce sujet nouveau un chapitre de thérapeutique chirurgicale.

Notre travail est basé sur 123 faits de kystes du mésentère et 36 de tumeurs solides.

Nous avons pris la peine de résumer, dans un tableau facile à consulter, toutes les observations dans lesquelles il y avait eu intervention et, en les résumant, nous avons retenu tout ce qui avait trait au diagnostic, à l'opération et aux suites opératoires, en un mot tout ce qui se rapportait au côté pratique de la question.

Après avoir exposé dans un court chapitre l'anatomie pathologique, surtout envisagée au point de vue chirurgical, et montré le triste pronostic de ces tumeurs mésentériques abandonnées à elles-mêmes, nous en avons abordé la thérapeutique.

Pour le traitement des kystes, on a successivement employé la ponction évacuatrice simple, la ponction suivie d'injection modificatrice, la marsupialisation, l'extirpation.

Nos recherches ne font guère que confirmer l'opinion adoptée par la majorité des chirurgiens en montrant la supériorité de la marsupialisation.

L'*extirpation*, en effet, est grave : nous trouvons une mortalité de 32 p. 100 (choc, péritonite, hémorragie).

La *marsupialisation*, au contraire, donne 93 p. 100 de guérisons.

Ce n'est pas cependant par ces chiffres pris en bloc qu'on peut raisonner sur la valeur comparée de la marsupialisation et de l'extirpation.

Si on pénètre en effet dans le détail des observations, on trouve que la marsupialisation et l'extirpation ne doivent pas être, comme on l'a souvent fait, considérées comme deux méthodes rivales : elles doivent s'adresser à des cas différents. Choisir entre elles est ici, comme par-

tout ailleurs, en chirurgie, affaire d'indications, affaire de jugement. En face d'un kyste pédiculé, à limites précises, entouré d'un tissu cellulaire lâche sans adhérence à l'intestin ni aux vaisseaux, on doit faire l'extirpation : elle est facile et rapide (Hahn, Hutchinson, Gottshalk) et fournit une guérison beaucoup plus prompte que la marsupialisation.

Lorsqu'au contraire le kyste est adhérent de tous côtés, l'opération devient difficile, dangereuse même (cas de Péan, Kuster, Tuffier, W. Robinson), et fournit alors une énorme mortalité.

Voilà ce qu'enseigne l'étude des faits; dès lors, la conduite du chirurgien est toute tracée : il ne doit pratiquer l'extirpation des kystes que lorsqu'il est évident que cette ablation sera facile. Et si, dès les premières tentatives, il rencontrait des difficultés inattendues, comme il ressort des observations que les *difficultés ne font qu'augmenter à mesure qu'on avance dans la profondeur*, il lui faut tout de suite, à notre avis, renoncer à l'extirpation et recourir à la marsupialisation.

Celle-ci n'aura guère d'autre inconvénient que d'exiger un temps assez long (3 à 4 mois) pour l'établissement d'une guérison complète.

L'intoxication par les liquides ou les pansements antiseptiques (Terrillon) sera en effet facilement évitée ; la chylorragie est un accident très rare qui n'a été signalé que deux fois (Gusserow, Rasch) dans le cas de kystes chyleux ; elle guérit d'ailleurs spontanément. La persistance d'une fistule (Sp. Wells), l'éventration (Bergmann, Demons), l'étranglement interne (Rotter, Lohlein) ont été observés, mais à titre tout à fait exceptionnel.

Aussi peut-on dire qu'une guérison un peu lente, mais sans accident, est de règle dans la marsupialisation bien faite et bien surveillée.

La *ponction*, dans le traitement des kystes du mésentère, a été rejetée par Lawson-Tait, Lohlein, et aussi par Braquehaye dans son mémoire. En l'employant, ces auteurs craindraient la blessure d'une anse intestinale, la perforation d'un vaisseau, ou encore l'épanchement du liquide du kyste dans la cavité abdominale. Ils ne citent aucun fait, mais la possibilité de ces accidents dans la ponction

leur suffit pour la condamner soit comme moyen d'exploration, soit comme moyen thérapeutique.

Partisan de la laparotomie qui, seule, permet, après avoir vu et touché, de pratiquer séance tenante l'intervention jugée utile, nous ne voulons nullement défendre la ponction comme procédé général de traitement, mais nous croyons qu'il y a exagération à la proscrire dans tous les cas. Dans quelques faits exceptionnels, chez des malades trop faibles ou trop pusillanimes pour supporter une grande opération, la ponction, intervention simple et facile, pourra être utilisée avec avantage.

Nous avons réuni 54 cas de ponctions exploratrices ou évacuatrices appartenant à différents chirurgiens (Panas, Terrier, Terrillon, Sp. Wells, Demons, Thornton, Lücke, Hahn, Péan, Kuster, etc...). Jamais il n'y a eu aucun accident, et, 7 fois sur 16 cas, la simple évacuation a suffi à amener la guérison définitive du kyste. L'analyse des observations nous a montré que c'était surtout dans les cas de kystes sanguins et séreux, uniloculaires, qu'il y avait eu succès.

La *ponction suivie d'injection modificatrice* doit être rejetée à cause des dangers de réaction péritonéale qu'elle présente.

Les tumeurs solides sont justiciables d'un seul traitement : l'ablation. Leur histoire est de date toute récente.

En 1886, Kœberlé refermait le ventre de ses malades, lorsqu'au lieu du kyste de l'ovaire qu'il croyait trouver, il découvrait une tumeur du mésentère ; Sp. Wells, en 1867, avait agi de même ; Homans, en 1881, et Loockwood, en 1894, ne firent pas autrement.

Cependant Péan, en 1874, enlevait un fibrolipome du mésentère qui pesait 20 kilogrammes ; d'autres chirurgiens l'imitèrent, et dans notre travail nous avons pu rassembler 36 cas d'interventions sur lesquelles l'extirpation a été pratiquée 29 fois.

Il y a eu 15 morts et 14 guérisons, soit une mortalité de près de 52 p. 100.

Sur ces 15 cas qui se sont terminés fatalement, 8 fois la mort a été la conséquence du choc opératoire, 4 fois de la péritonite, 3 fois les malades ont présenté une diarrhée abondante et extrêmement fétide qui semble due à la gangrène de l'intestin.

Le *volume* de la tumeur exerce une influence très manifeste sur la

gravité de l'opération. En effet, tous les cas de mort par choc opératoire sont survenus chez des malades qui portaient de volumineuses tumeurs (de 13 à 40 livres).

La *nature de la tumeur* n'a par elle-même aucune influence directe; nous voyons en effet que 15 lipomes ont donné 7 morts et 8 guérisons; 4 sarcomes, 2 morts et 2 guérisons; 7 fibromes, 4 morts et 3 guérisons; celle d'un cancer, 1 mort; et celle d'une masse tuberculeuse, 1 guérison.

C'est seulement par ses caractères physiques, par sa consistance qui offre une bonne ou une mauvaise prise aux instruments, par sa limitation ou sa diffusion, par ses adhérences plus ou moins étendues, c'est-à-dire par tout ce qui peut rendre l'opération incomplète, plus difficile ou plus longue, que la nature de la tumeur peut comporter un pronostic plus grave.

Pour ce qui est de la *récidive*, la nature de la tumeur doit reprendre tous ses droits, mais nous n'avons pas trouvé de faits de sarcome ou de cancer ayant récidivé. Un point que nous avons mis en relief, c'est la récidive fréquente, soit parce qu'on les a enlevés incomplètement, soit parce qu'ils ont réellement récidivé, des lipomes du mésentère. Ces tumeurs peuvent même se généraliser (cas de Waldeyer).

La structure histologique de ces énormes « lipomes » à développement rapide qu'on trouve dans le mésentère explique cette récidive et cette généralisation ; ce ne sont pas en effet des lipomes purs, mais des myxo-lipomes, ou des sarco-lipomes, qu'au point de vue clinique on doit considérer comme des sarcomes.

Le manuel opératoire de ces interventions difficiles et peu connues a été l'objet de toute notre attention : nous avons pris dans chaque fait publié tout ce qui pouvait s'y rapporter et nous en avons longuement exposé la technique.

De l'*asepsie* nous n'avons rien de spécial à dire, si ce n'est que chez la femme le vagin doit être aseptisé, car quelques opérateurs ont dû recourir, à la fin de l'opération, à un drainage vaginal pour un diverticule rétro-péritonéal laissé par l'ablation d'un prolongement intra-pelvien de la tumeur.

Mais l'*anesthésie* a besoin d'être surveillée de très près, car des alertes ont été souvent observées (Terrier, Hochenegg, Péan, Duret,

Laroyenne) soit dès le début de la narcose, soit au moment des manipulations exercées sur la tumeur, surtout lorsque celle-ci est haut insérée, près du plexus solaire, soit enfin au moment de la décompression brusque produite par l'ablation d'une tumeur volumineuse.

Sur la *position* à donner aux malades, sur l'*incision* de la paroi abdominale, nous avons fait connaître ce que l'expérience pouvait enseigner; nous avons montré la difficulté souvent éprouvée par le chirurgien, même après l'ouverture du ventre, pour faire le *diagnostic, cependant si nécessaire, du siège* rétro-péritonéal de la tumeur, et nous avons indiqué les moyens qui permettent ordinairement d'y arriver : présence d'un feuillet séreux, habituellement reconnaissable, ou d'une anse intestinale accolée au-devant de la tumeur, — absence presque constante de pédicule, — large attache au-devant et à gauche de la colonne vertébrale.

Extirpation proprement dite. Dès que le siège mésentérique d'une tumeur est reconnu, et que le chirurgien veut en pratiquer l'extirpation, il doit :

a) Se rendre compte de la position de l'intestin pour ne pas le blesser, et aussi pour ne pas sectionner les vaisseaux nécessaires à sa nutrition.

b) Avant toute tentative d'ablation, il lui faut inciser le feuillet péritonéal qui recouvre la tumeur.

c) Il devra mener l'opération rapidement, sans violence, et avec le moins de chloroforme possible pour éviter le choc opératoire.

L'*incision faite au feuillet séreux* doit être perpendiculaire à l'intestin, de façon à passer entre les vaisseaux principaux qui assurent sa nutrition, et elle doit s'arrêter à $0^m,03$ au moins du bord intestinal, pour ne pas intéresser l'anse vasculaire qui suit ce bord (V. nos expériences, p. 43).

Une fois qu'on est arrivé sur la tumeur, on procède à sa *décortication ou à son énucléation* par les moyens ordinaires, mais il faut se souvenir que dans la partie profonde où siègent des organes importants, rien ne doit être coupé sans avoir été préalablement reconnu. Faute de cette précaution, uretère, veine cave peuvent être blessés.

L'*intestin* est parfois tellement adhérent à la masse à enlever qu'il faut les plus grandes précautions pour l'en détacher; dans certains

cas même, on n'y peut réussir par la plus minutieuse dissection et il faut le réséquer.

Madelung, Muller, Cauthorn, Roux, Terrier, Folet, Segale ont ainsi réséqué 8, 25, 110, 124, 127 centimètres d'intestin.

Les procédés d'anastomose qu'employérent ensuite ces chirurgiens pour réunir les deux bouts ont été des plus variables : boutons de Murphy, suture circulaire avec point de Lembert, implantation latérale à angle droit du bout supérieur sur le bout inférieur fermé, tout a été employé. Sur ces 7 cas de résection intestinale, il y a eu 2 morts rapides par choc opératoire, et les 5 autres ont été suivis de succés.

Aprés l'ablation de la tumeur, il reste dans le mésentère une vaste poche, anfractueuse, souvent saignante, dans laquelle l'hémostase doit être trés soignée pour éviter les hématomes d'infection facile.

La toilette de cette poche une fois faite, certains chirurgiens en rapprochent simplement les lèvres, sans les suturer, et referment le ventre. Nous avons montré que cette manière de faire exposait à des adhérences, à de l'étranglement interne, et qu'il valait mieux, lorsqu'on était sûr de son asepsie, faire un capitonnage lâche de la poche qu'on termine par la suture de ses deux lévres avant de refermer le ventre.

Si on redoute une infection, on fait une marsupialisation de la poche.

*
* *

De l'influence des sections du mésentère sur la vitalité de l'intestin grêle (*Arch. de physiologie*, janv. 1898) (Étude expérimentale).

Dans notre travail sur le traitement des tumeurs du mésentère, nous avions vu que leur extirpation avait été, dans quelques cas, suivie de la production de points de sphacèle sur l'intestin; nous avions noté dans les suites opératoires des diarrhées extrêmement fétides qu'on pouvait logiquement rapporter à une gangréne de la muqueuse intestinale.

Mais quelle était au juste l'influence de la section du mésentére sur la vitalité de l'intestin? Ces faits cliniques, rares et sans détails précis,

ne permettaient aucune conclusion capable de servir de guide au chirurgien dans l'ablation d'une tumeur mésentérique, dans l'indication d'une résection intestinale, ou encore dans le traitement d'une plaie ou d'une déchirure du mésentère.

Pour déterminer l'influence des sections mésentériques sur la vitalité de l'intestin, il fallait s'adresser à l'expérimentation. Zézas en Allemagne, Orecchia et Chiarella en Italie, l'avaient fait; mais leurs travaux n'ont pas été traduits en France et y semblent ignorés. C'était donc une question nouvelle que nous traitions.

Nous avons expérimenté sur des chiens, parce que chez ces animaux la distribution des vaisseaux du mésentère est analogue à ce qu'elle est chez l'homme.

L'intestin grêle du chien est, en effet, comme celui de l'homme, irrigué par une artère mésentérique supérieure qui lui envoie des vaisseaux divergeant un peu comme les rayons d'une roue. Près du bord adhérent de l'intestin, les extrémités de ces vaisseaux sont réunies par des arcades anastomotiques qui constituent comme la jante de la roue. (V. les figures ci-contre.) De cette arcade, se détachent de petits vaisseaux qui se perdent dans les tuniques intestinales.

Nos expériences ont porté sur 12 chiens, mais chacun de ces animaux en a subi deux ou trois qui ont été faites simultanément en des points différents du mésentère.

Nous avons d'abord pu établir que les sections mésentériques, faites en respectant les vaisseaux, pouvaient déterminer des adhérences, des coudures de l'intestin, mais ne retentissaient pas sur sa vitalité.

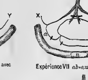
Il en va tout autrement de la ligature des vaisseaux: celle-ci peut déterminer la gangrène intestinale. Mais ici, il faut considérer à part les ligatures qui portent sur les vaisseaux perpendiculaires à l'intestin (les rayons de la roue) et celles qui intéressent l'anse anastomotique (la jante de la roue).

Le résultat est en effet tout différent, suivant que la circulation est interrompue dans l'une ou l'autre de ces deux catégories de vaisseaux. On peut s'en rendre compte en considérant les figures ci-contre. On y verra que :

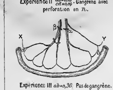
Toutes les fois que la ligature avec section mésentérique a été



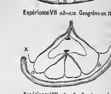
Expérience II $ab=0,25$ $cd=0,04$. Gangrène avec perforation en n.



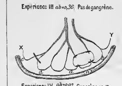
Expérience VII $ab=0,22$ Gangrène en n.



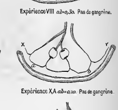
Expérience III $ab=0,36$. Pas de gangrène.



Expérience VIII $ab=0,30$. Pas de gangrène.



Experience IV $ab=0,07$ $cd=0,03$ Gangrène en n.



Expérience X,A $ab=0,20$. Pas de gangrène.



Expérience V $ab=0,04$. Pas de gangrène.



Expérience X,B $ab=0,30$. Pas de gangrène.



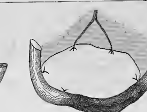
Expérience IX $ab=0,06$. Pas de gangrène.



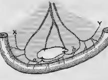
Expérience XI et XII $ab=0,10$ et $0,46$. Gangrène en n dans les 2 cas.



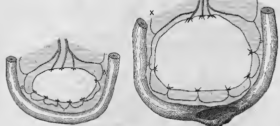
Expérience VI.



Expérience VI. — Résultat.



Expérience I.



Expérience VII, A.

Expérience VII, A. — Résultat.

placée sur l'anse anastomotique de façon à interrompre la circulation sanguine sur une longueur d'intestin *ab* égale ou supérieure à 0m,08, la gangrène de la paroi intestinale s'est produite. (V. les figures des Exp. II, VI, VII.) Les petits vaisseaux de cette paroi, sans être anatomiquement des vaisseaux terminaux, n'ont pu suffire à rétablir le courant circulatoire.

Il est des cas où l'interruption de la circulation sur une longueur de 0m,05 a même suffi (1) pour amener le sphacèle.

Quand la ligature avec section a porté sur les vaisseaux perpendiculaires à l'intestin, la gangrène ne s'est produite que si l'anse anastomotique X Y avait à rétablir la circulation sur une longueur d'intestin supérieure à 0m,30. (V. les figures des Exp. VII A, XI, XII.)

Dans ces cas-là, cette voie de rétablissement de la circulation s'est montrée insuffisante, et la partie *moyenne* de l'anse intestinale séparée de son mésentère se sphacélait rapidement (toujours en moins de soixante heures). Au contraire, si la longueur de l'anse intestinale séparée était inférieure à 0m,30, la ligne vasculaire X Y conservée sur son bord adhérent suffisait à assurer sa vitalité. (V. les figures des Exp. I, III, VIII, X.)

Ce sont là — à côté de nombreux autres faits de détail consignés dans notre travail — les conclusions générales auxquelles nous ont conduit nos expériences. Elles concordent de tous points avec celles formulées en Allemagne par Zézas, et en Italie par Orecchia et Chiarella.

Comme d'après les quelques faits cliniques observés, ces données expérimentales semblent applicables à l'homme, il est facile de comprendre les conséquences pratiques qui découlent de cette étude pour la chirurgie du mésentère.

On voit que dans toutes les sections de ce repli péritonéal, les incisions devront être faites entre les vaisseaux rayonnants pour les intéresser le moins possible : elles éviteront surtout de sectionner

(1) Ces chiffres (5-8 dans une catégorie de faits, 30-36 dans une autre) indiquent la longueur minima qui a produit le sphacèle dans nos expériences; mais nous n'entendons pas dire que ces longueurs ne puissent varier en plus ou en moins. Ce sont là des longueurs « limites », avec lesquelles on est sur la frontière du danger, si on ne l'a dépassée.

près de leur origine la mésentérique supérieure (dont la ligature serait forcément suivie de sphacèle) ou ses grosses branches capables d'irriguer plus de $0^m,30$ d'intestin. D'autre part, *près de l'intestin*, ces incisions devront s'arrêter à environ $0^m,03$ de son bord adhérent pour ne risquer d'atteindre la ligne des anses anastomotiques dont l'interruption sur une longueur de $0^m,05$ à $0^m,08$ risquerait fort d'amener du sphacèle.

Si cette interruption était nécessaire sur une aussi grande étendue, la résection d'emblée de la partie d'intestin située au-dessous s'imposerait, si on ne voulait pas courir les risques d'une gangrène probable.

Ces faits montrent encore que dans une entérorrhaphie circulaire ce n'est pas la conservation du mésentère lui-même, mais bien de l'anse anastomotique jusqu'au plan de la section intestinale qui est importante, et c'est parce qu'on place parfois des ligatures un peu trop en dehors de chaque côté sur cette ligne vasculaire qu'on a du sphacèle au niveau des points de suture.

En face d'une déchirure du mésentère, enfin, la conduite à tenir devient facile : la résection intestinale sera ou non commandée *par le siège* de la déchirure sur l'une ou l'autre des deux catégories de vaisseaux et *par la longueur* de l'interruption vasculaire qu'on y sait déterminer le sphacèle. L'hésitation ne pourrait exister que pour les longueurs limites.

*
* *

Fibromyome du mésentère. Extirpation (en collaboration avec le Dr Binaud, *Soc. de gyn. de Bordeaux*).

Il s'agit d'une tumeur diagnostiquée sarcome de l'ovaire, et que la laparotomie montra indépendante des annexes et située dans le mésentère.

Les difficultés opératoires furent grandes, il fallut disséquer l'uretère adhérent et couper de nombreux vaisseaux.

L'examen de la tumeur, fait avec le plus grand soin par le professeur agrégé Sabrazès, montra qu'on avait eu affaire, sans conteste,

à un fibromyome, variété de tumeur non encore signalée dans le mésentère.

Dix-huit jours plus tard, la malade mourait subitement, après avoir présenté une diarrhée d'une fétidité extraordinaire, probablement (l'autopsie fut refusée) due à une gangrène de la muqueuse intestinale.

Cette observation fut le point de départ de notre mémoire sur le traitement des tumeurs du mésentère.

* * *

Expériences sur les sections du mésentère et la ligature de ses vaisseaux (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897).

* * *

Hernie crurale étranglée; coloration verte de l'anse herniée; signification de cette couleur au point de vue pratique (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897).

Cette observation est le point de départ de notre travail sur la signification de la couleur verte de l'intestin.

* * *

L'intestin de couleur verte est-il gangrené? (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, janvier, 1898).

C'est là, pour tous ceux qui peuvent être appelés à faire une kélotomie, une question intéressante à connaître. Les auteurs classiques qui attribuent une signification de sphacèle aux couleurs gris ardoisé ou feuille morte de l'intestin, ne parlent pas de celle qu'on doit assigner à sa couleur verte.

MM. Berger (*Traité de chir.*), Peyrot, Gross et Vautrin, Gosselin, Nélaton, Nicaise, ne la mentionnent même pas. Les professeurs Le Dentu et Duplay (*Dictionnaire Jaccoud* et Follin et Duplay) indiquent seulement que le sphacèle peut aller des teintes verdâtres à la teinte feuille morte, sans autres détails.

Au cours d'une kélotomie, je rencontrai une anse intestinale d'une superbe couleur vert bronze florentin : elle était distendue, résistante au doigt; les épreuves ordinaires (piqûre, eau chaude) ne me firent pas penser à un sphacèle certain, aussi je me contentai, l'étranglement levé, de laisser cette anse dans la plaie. La malade, opérée *in extremis*, mourait quelques heures après.

A l'autopsie, je pris l'anse malade, qui était toujours du même beau vert, et je l'emplis d'eau sous pression pour éprouver sa résistance; celle-ci était encore assez grande pour que l'intestin éclatât, non au niveau de cette plaque verte, mais sur une partie saine; et cependant cette anse verte était déjà en état de sphacèle avancé!

Examinée au microscope, elle ne présentait plus, en effet, aucune trace de muqueuse, les glandes de Lieberkuhn avaient complètement disparu, la tunique musculaire était dissociée, et entre les cellules dont les noyaux ne se coloraient plus, il y avait des amas de globules sanguins déformés. Les vaisseaux étaient rompus, on n'en trouvait que des vestiges.

Les altérations étaient un peu moins marquées du côté de la surface séreuse de l'intestin, mais, de l'avis même de M. le professeur agrégé Sabrazès, ces lésions ne permettaient pas de mettre en doute l'état sphacélique de cette paroi intestinale, qui ne pouvait plus échapper à la perforation.

Des cas semblables au nôtre doivent être rares, car je n'en trouvai pas d'exemple de hernie étranglée présentant cette belle couleur vert bronze florentin. Je vis seulement que M. Michaux, au cours d'une intervention pour traumatisme de l'abdomen, rencontra une anse séparée de son mésentère, affaissée, qui présentait cette couleur : il la considéra comme sphacélée.

Je m'adressai alors à l'expérimentation pour pouvoir obtenir cette couleur.

Pensant qu'elle était due à une coloration par la bile des tissus qui avaient cessé de vivre, je plongeai des bandelettes d'intestin de cadavre dans de la bile humaine recueillie aux autopsies, et dans de la bile fraîche de chien.

J'introduisis de la bile fraîche et de la bile de cadavre dans des segments d'intestin humain, que je fermai aux deux bouts. Je laissai

les uns exposés à l'air, je mis les autres au fond d'un tiroir sous des serviettes humides.

J'obtins ainsi des couleurs jaune, jaune verdâtre, olive, mais j'eus beau répéter et varier les expériences, jamais je ne réussis à reproduire la couleur bronze florentin que je cherchais.

Pour voir si cette coloration n'était pas due à l'action de la bile sur les globules sanguins qui infiltrent souvent les parois de l'intestin traumatisé par le taxis, j'introduisis dans des flacons pleins de bile des morceaux de muscles infiltrés de sang, recueillis chez un homme mort de contusion, et des morceaux de muscles sains comme témoins. Sous l'influence de la bile, les uns et les autres devinrent d'un jaune vert à peu près semblable. La présence du sang s'était montrée sans influence sur la coloration.

L'examen histologique des fragments d'intestin devenus ainsi jaune, jaune verdâtre ou olive, a démontré que ces colorations pouvaient se produire sans qu'il y eût une altération appréciable des éléments constitutifs de la paroi.

J'eus, d'autre part, l'occasion d'examiner histologiquement une paroi intestinale de couleur vert bouteille que mon collègue et ami M. Vitrac avait rencontrée au cours d'une kélotomie : comme il y avait un point où l'élasticité avait disparu, il la laissa dans la plaie sous un pansement humide. La malade mourut le soir et, à l'autopsie, nous trouvâmes qu'à côté de l'anse malade une anse nouvelle était descendue dans la plaie ; cette dernière présentait sur un point large comme une pièce de deux francs, une coloration vert clair ; on aurait dit une toute jeune feuille d'orme collée à l'intestin. L'anse malade avait conservé sa coloration vert noir.

Des bandelettes furent découpées sur les deux plaques vertes et examinées au laboratoire de M. Sabrazès : l'intestin, au niveau de l'anse vert clair, était absolument normal ; au point hernié et vert bouteille, surtout à l'endroit où la paroi avait perdu son élasticité, il n'y avait plus de muqueuse, les noyaux des cellules musculaires ne se coloraient plus ; il y avait déjà un commencement de sphacèle évident.

La coloration vert bouteille n'indique cependant pas toujours une altération si profonde de la paroi.

Récemment, je rencontrai dans une kélotomie une anse de coloration vert noir; comme elle avait encore son vernis, son élasticité, je la réduisis : la malade mourut peu après; à l'autopsie, on vit que l'intestin avait déjà repris sa couleur et son aspect presque normal.

La pathogénie de ces différentes couleurs vertes nous est encore inconnue, mais cependant, d'après les faits cliniques et expérimentaux que nous avons observés, nous croyons qu'il nous est permis de conclure, en nous plaçant exclusivement sur le terrain pratique, que :

a) La teinte vert clair peut exister sans altération de la paroi intestinale.

b) Le vert jaune, vert foncé, vert bouteille ou vert noir sont d'un pronostic moins bon; ils n'indiquent pas nécessairement une altération sérieuse des tissus, mais elle peut exister avec ces couleurs-là. Aussi faut-il alors, pour guider sa conduite, recourir aux moyens d'épreuve habituels (irrigation chaude, piqûre).

c) On agira de même en face d'une anse qui présenterait cette belle couleur vert bronze florentin si spéciale. Dans notre cas et dans celui de Michaux, le sphacèle existait avec cette coloration-là; mais, dans l'ignorance de sa pathogénie et dans l'impossibilité où nous avons été de la reproduire, nous ne saurions dire s'il en est toujours ainsi.

* * *

Hernie inguinale congénitale étranglée (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1891).

* * *

Hernie ombilicale de l'adulte, cure radicale; quelques considérations sur le manuel opératoire (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897).

Aujourd'hui, dans la cure radicale de la hernie ombilicale, beaucoup de chirurgiens font l'omphalectomie, c'est-à-dire l'excision de l'anneau ombilical, et suturent les larges bords ainsi créés.

Cette omphalectomie peut se faire, soit après avoir pénétré dans le sac qu'on a débarrassé de son intestin et de son épiploon, et alors on incise du sac vers l'abdomen, — soit au contraire de l'abdomen vers le sac. On pénètre dans le ventre par une petite incision médiane faite

au-dessous du sac, et, sur son doigt comme guide, on incise avec de forts ciseaux la demi-circonférence droite et la demi-circonférence gauche de l'anneau; le sac est alors détaché avec l'anneau comme une calotte, il ne tient plus que par le pédicule de la masse épiploïque contenue dans son intérieur; une ligature en chaîne est posée sur ce pédicule, on le sectionne et il n'y a plus qu'à suturer plan par plan les deux lèvres de la plaie demi-circulaire qui devient linéaire.

L'opération ainsi menée est facile, va très vite, tandis que si l'on veut, avant de faire l'omphalectomie, débarrasser le sac de son contenu, elle est longue et difficile.

* * *

Ulcère latent de l'estomac; perforation; laparotomie; mort; autopsie: deux perforations (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1897, p. 45).

Les perforations spontanées multiples de l'estomac sont rares; elles constituent l'intérêt de ce fait. Il s'agit d'une jeune fille considérée comme simplement atteinte d'une dyspepsie due à la chlorose, et qui fut brusquement prise de tous les signes d'une péritonite par perforation. Amenée à l'hôpital vingt-quatre heures après le début des accidents, elle est opérée séance tenante. Le ventre ouvert, on se trouve en face des lésions habituelles d'une péritonite généralisée : appendice, organes génitaux, vésicule biliaire sont cependant sains; aussi cherche-t-on du côté de l'estomac, sur lequel l'attention était d'ailleurs attirée par les phénomènes gastriques antérieurs.

Celui-ci est *distendu*, et on est d'abord tenté de penser qu'il n'est pas perforé; mais en le déplaçant, un jet de liquide s'écoule, on aperçoit une perforation sur sa face antérieure, haut située, près de la petite courbure. Elle est suturée, la toilette du péritoine faite aussi bien que possible, et le ventre est refermé.

La malade meurt douze heures plus tard.

A l'autopsie, l'examen de l'estomac devait ménager une surprise. La suture placée sur la perforation de la face antérieure avait bien tenu, mais sur la partie la plus élevée de la face postérieure il existait une autre perforation de la dimension d'une pièce de 50 centimes, arrondie, à bords minces, souples, nets, comme s'ils avaient été faits

à l'emporte-pièce. Autour d'elle, aucun épaississement, aucune induration, à la différence de ce qu'on voyait autour de l'ulcération de la face antérieure. Le reste de l'estomac était macroscopiquement sain.

Ainsi, chez cette malade, il y avait eu deux perforations de l'estomac, et on n'en avait vu qu'une pendant l'opération.

C'est là un fait rare. Si les ulcères multiples de l'estomac sont nombreux, les perforations multiples sont exceptionnelles, et nous n'avons pu en trouver que deux cas, qui appartiennent l'un à Mickulicz, et l'autre à Seltzner; dans ces deux cas, ce n'est qu'à l'autopsie que la seconde perforation avait été reconnue.

De la constatation de ces deux perforations à l'autopsie, faut-il conclure qu'elles existaient avant l'opération? Nous ne le croyons pas. C'est dans les tiraillements exercés sur l'estomac pour l'examiner, qu'on a dû rompre, sans s'en apercevoir, une paroi stomacale malade.

Le liquide ou les gaz contenus dans l'estomac s'échappent alors brusquement; on croit avoir trouvé la perforation et on la suture..... mais c'est celle qu'on vient de créer artificiellement; l'autre, la vraie, passe inaperçue.

Notre explication s'appuie sur l'aspect très différent des deux ulcérations observées.

Dans notre cas, la perforation postérieure, celle qu'on n'avait pas vue, était à bords nets, taillés à l'emporte-pièce, sans trace d'inflammation dans son voisinage, elle avait tous les caractères d'une ulcération spontanée; l'autre, au contraire, celle de la face antérieure, siégeait au milieu de tissus épaissis, indurés, et était entourée d'une zone de péritonite adhésive. Sa forme était irrégulière comme celle d'une déchirure. Il est plus logique, dans ces conditions, de penser que cette dernière perforation a été produite par la déchirure des adhérences formées autour d'un ulcère pendant l'opération, que de supposer l'existence simultanée de deux perforations spontanées.

IV. — MEMBRES

Fréquence de la rupture du cal dans le traitement des fractures de la rotule par le massage et la mobilisation précoce (en collaboration avec M. Andérodias (*Gaz. med. de Paris*, 1897).

Dans le traitement des fractures transversales de la rotule, deux méthodes doivent se disputer aujourd'hui la faveur des chirurgiens, si nous en croyons les auteurs classiques les plus récents : Rieffel (*Traité de chir.* Le Dentu et Delbet), Ricard et Demoulin (*Traité de chir.* Duplay, Reclus), Forgue et Reclus (*Traité de Thérapeut. chir.*), Bouilly, etc.

Il faudrait choisir entre la suture osseuse et la méthode hollandaise de Tilanus, par le massage et la mobilisation précoce.

Préconiser ainsi cette nouvelle méthode, encore peu employée en France, est cependant dangereux, car ses résultats éloignés sont souvent mauvais : nous avons, en effet, trouvé qu'après son emploi, la rupture du cal se produisait dans près d'un quart des cas. Ce résultat défectueux n'avait pas encore été indiqué.

Il semblait cependant logique : Hamilton signale en effet (p. 609) que dans les fractures de la rotule, traitées par les anciennes méthodes, dans lesquelles la mobilisation se faisait cependant d'une façon tardive, le cal, lorsqu'il était encore tendre (jusqu'au 5e mois), se rupturait assez souvent, à l'occasion d'un mouvement ou d'un effort. On pouvait dès lors supposer qu'avec la mobilisation précoce (4e ou 5e jour) de la méthode de Tilanus, le nombre des ruptures

devait être bien plus considérable. Il s'agissait de voir si les faits confirmaient cette opinion *a priori*.

Nous avons recherché dans les pays où la méthode de Tilanus a été souvent employée (Hollande, Pays scandinaves, Belgique, Allemagne, Suisse) toutes les fractures de la rotule traitées par cette méthode et *longtemps suivies*. Les cas en sont rares, et c'est à grand peine que nous avons pu en réunir 35 (parmi lesquels il n'y en a aucun de Tilanus).

Sur ce nombre, il n'y a pas moins de 8 ruptures du cal, ce qui fait une proportion de 23 p. 100, presque 1 rupture sur 4 fractures de la rotule traitées par cette méthode.

Cette rupture du cal est grave : elle augmente beaucoup la gêne fonctionnelle du membre, et a été dans certains cas jusqu'à faire des malades de véritables infirmes.

La publication de ces faits doit, pensons-nous, constituer un argument puissant contre la généralisation de cette méthode de Tilanus.

D'ailleurs, en Allemagne, Kœnig, qui en est signalé comme partisan dans nos auteurs classiques (Rieffel), la rejetait au dernier Congrès des chirurgiens allemands pour revenir à la suture osseuse.

Avec celle-ci, la rupture du cal a bien été observée, mais rarement; nous n'avons pu en réunir que 7 cas. C'est peu si l'on songe au grand nombre de sutures osseuses qui ont été pratiquées dans tous les pays, et d'ailleurs cet accident semble évitable par une bonne technique de la suture, et une surveillance intelligente des mouvements pendant les *deux premiers* mois.

* * *

Amputation de cuisse pour grand traumatisme (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897).

Depuis plus d'un siècle, on discute sur le traitement des grands traumatismes des membres par écrasement.

Avant l'antisepsie, les chirurgiens paraissaient surtout partisans de l'amputation immédiate (Dupuytren, Larrey, etc.); aujourd'hui, grâce aux moyens puissants de désinfection que nous savons mettre en œuvre, on est devenu beaucoup plus conservateur; certains

même, comme M. Reclus (*Rev. de Chir.*, 1896, janv.), confiants dans « l'embaumement », veulent qu'on n'ampute *jamais* avant la 3e semaine, alors que la nature a fait elle-même le départ entre le vif et le mort.

De la réunion (travail inédit) des faits observés dans ces dernières années à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dont nous avons nous-même été témoin ou dont nous avons eu la relation des opérateurs eux-mêmes, il ressort d'une façon très nette pour nous que, dans des cas assez nombreux, il doit prendre place, entre l'amputation immédiate et la conservation à outrance, un moyen terme auquel on devra souvent recourir : c'est l'amputation vers le 2e ou 3e jour.

Alors le shock est suffisamment passé pour que le malade puisse supporter l'opération, et l'on n'a plus à redouter cette mort en collapsus si fréquente à la suite des amputations immédiates. D'autre part, la conservation quand même (Reclus) ne nous paraît avoir que des inconvénients, dans les cas où il est *évident* (et nous parlons uniquement de ceux-là) que le membre est définitivement perdu, et où les tissus sont tellement contusionnés, anfractueux, souillés de terre et de cambouis qu'on ne peut être sûr de leur désinfection parfaite. Attendre dans les faits de cette catégorie, jusqu'à la 3e semaine (Reclus) pour le seul avantage de faire préciser par la nature elle-même le siège exact de l'amputation nous semble un bien léger bénéfice à opposer à tous les risques d'infection locale et ensuite d'intoxication générale que nous avons observés dans ces cas-là *en pratique courante*, même hospitalière.

Aussi, dans les faits de ce genre, l'amputation vers le 2e ou le 3e jour, aussitôt le shock passé, avant l'éclosion des accidents d'infection et leur retentissement sur l'organisme, nous semble-t-elle la méthode de choix (1).

Le fait que nous rapportons vient bien corroborer cette proposition née de l'observation des deux autres faits semblables.

Il s'agit d'un jeune homme qui eut la jambe broyée dans un engrenage; des deux tiers inférieurs de cette jambe, il ne restait que le

(1) Comme on amputera dans des muscles qui risquent d'être infectés, il sera très prudent de ne pas faire la réunion immédiate des lambeaux.

tibia et le péroné dépouillés de leurs muscles qui avaient été arrachés avec le pied. La peau était enlevée jusqu'au-dessus du genou ; cette articulation était largement ouverte et à son niveau la jambe ne tenait à la cuisse que par quelques lambeaux musculaires.

Le blessé était en état de shock. J'abattis la jambe d'un coup de ciseaux, liai rapidement la poplitée, puis fis au sublimé très chaud une longue désinfection des tissus de l'extrémité inférieure de la cuisse contus, souillés de terre et de cambouis; je finis en appliquaat la pommade polyantiseptique de M. Reclus et un large pansement.

La fièvre survint le 3e jour; localement il n'y avait cependant pas de pus. L'état général devint mauvais, la fièvre se maintint à 40 degrés. Le 8e jour, sur l'avis de mon maître le professeur Demons, je fis l'amputation, au tiers moyen de la cuisse. A ce niveau, à côté de très légères infiltrations purulentes, intermusculaires, je trouvai les muscles ecchymosés, de couleur jaune cire. L'examen en fut fait par le professeur agrégé Hobbs. Il démontra qu'ils étaient atteints d'une myosite intense et farcis de staphylocoques et de streptocoques, au niveau même de l'amputation, qui portait cependant à plus de 0m,20 du point où avait fini l'action directe du traumatisme.

La mort survint doucement le lendemain de cette amputation faite sur un organisme très infecté.

Nous avons tout lieu de penser que l'intervention pratiquée le 2e ou le 3e jour au plus, aussitôt le shock passé ou très atténué, et avant que l'intoxication de l'organisme ait eu le temps de se produire, eût sauvé ce malade.

* * *

Fracture transversale de la rotule; suture osseuse (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1892).

* * *

Fracture du corps du fémur traitée par l'extension continue et le massage (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1892).

* * *

Double orteil en marteau; résection phalango-phalanginienne, guérison.

Dans des traités classiques assez récents (Duplay, 1888), on conseille encore l'amputation pour corriger ce genre de déformation s'il est très accusé. Nous montrons, par deux excellents résultats que nous a donnés la résection articulaire, que ce doit être là le procédé de choix.

* * *

Luxation sus-pubienne de la hanche. En collaboration avec le professeur Demons (*Bull. de la Soc. chir. de Paris*, t. XXIII, p. 635).

En rapportant en détail le second cas d'autopsie qui existe d'une luxation traumatique sus-pubienne récente, nous établissons, par les constatations faites chez notre malade et par des expériences cadavériques, que pour la réduction de cette luxation, si peu étudiée dans les auteurs classiques, il faut employer la méthode de Desprès, qui encore ici est la meilleure. On la modifiera seulement en exerçant sur la cuisse, avant de la fléchir sur le bassin, une légère traction en haut et en dehors, pour que la luxation ne se transforme pas en intra-pelvienne, ce qui est le danger à redouter dans ce premier temps.

* * *

Volumineuse exostose de croissance de l'extrémité supérieure de l'humérus (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897).

Exostose ostéogénique indubitable qui a ce caractère particulier qu'elle est unique (Rontgen). Elle embrasse le col chirurgical de l'humérus comme le ferait un bracelet bosselé qui serait ouvert en dedans et en avant au niveau de la gouttière bicipitale.

Par son volume (elle rencontre l'omoplate), cette exostose gêne mécaniquement certains mouvements du bras. Mais par son siège et sa forme en bracelet elle exigerait pour son ablation de tels délabrements des parties molles que le professeur Demons se décide à l'abstention.

* * *

Ankylose de la hanche en position vicieuse. Ostéotomie sous-trochantérienne transversale. Bon résultat fonctionnel. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897).

L'ankylose était due à une ancienne coxalgie : après l'intervention, il y avait encore un raccourcissement de 0 m,06, mais la marche était devenue facile.

* * *

Arthrite blennorragique chez une nouvelle accouchée (*Bull. de gyn. de Bordeaux*, 1897).

* * *

Deux observations d'arthrite blennorragique pendant la grossesse (*Bull. Soc. de gyn. de Bordeaux*, 1897).

Ces trois observations ont été le point de départ de notre travail sur l'identité du rhumatisme puerpéral et du rhumatisme blennorragique.

* * *

Ostéomyélite du fémur (en collaboration avec M. Anderodias, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 522).

* * *

Synovectomie et résection dans la tumeur blanche du genou chez l'adulte (*Thèse* inspirée au Dr Abadie-Bayro, Bordeaux, 1897).

Démonstration de la supériorité de la résection sur la synovectomie chez l'adulte.

* * *

Ostéomyélite prolongée de l'extrémité supérieure du fémur (obs. in *Thèse* Bernard, Bordeaux, 1897).

Cas intéressant par la date de la première atteinte, vingt-deux ans plus tôt, l'atrophie du membre, l'énorme épaississement du périoste au niveau du trochanter, enfin l'absence de séquestre et de pus dans l'os. Je n'y trouvai qu'une moelle rouge que l'examen bactériologique montra pleine de staphylocoques. La guérison survint à la suite de cette intervention.

V. — TÊTE, COU, RACHIS

Etude clinique et anatomo-pathologique d'un épithélioma du corps thyroïde à marche lente (en collaboration avec le Dr Hobbs. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897).

En clinique, on a rencontré parfois des tumeurs du corps thyroïde qui semblaient être des goitres vulgaires, bénignes par conséquent, et cependant après leur ablation on les voyait récidiver sur place (Brindel et Liaras) ou bien se généraliser à la façon des cancers (Lucke, Muller, etc.).

L'histologie devait rendre compte de ces faits en montrant qu'entre l'adénome thyroïdien et l'épithélioma vrai, on rencontre toutes les transitions possibles. Ainsi s'expliquaient des faits cliniques au premier abord anormaux.

Notre observation met au contraire en relief la discordance apparente qu'il y a entre l'anatomo-pathologie et la clinique dans certains épithéliomas thyroïdiens.

Chez une femme de trente-huit ans, qui avait toujours habité un pays où le goitre n'est pas endémique, nous nous sommes trouvés en face d'une tumeur thyroïdienne limitée qui, en seize ans d'un développement régulier, avait à peine atteint le volume d'une orange, était libre de toute adhérence et n'avait nullement retenti sur l'état général, qui avait, en un mot, évolué de la façon la plus bénigne. L'examen microscopique démontra cependant que cette tumeur, à l'allure si bénigne, ne pouvait être histologiquement considérée que comme un cancer : les vésicules thyroïdiennes étaient rompues et les

cellules épithéliales formaient entre ces vésicules des cordons pleins anostomosés.

Les faits de ce genre n'ont pas été étudiés à propos du goitre; pour les kystes de l'ovaire, ils sont fréquents. Ces derniers sont en effet des épithéliomas au point de vue histologique. S'ils sont cliniquement presque toujours bénins, ils peuvent parfois devenir malins, confirmant alors leur nature histologique.

Notre observation prouve de même qu'un goitre, cliniquement bénin, peut être cependant histologiquement malin et impose des réserves sur le pronostic des goitres sporadiques.

* * *

Goitre mixte traité par la thyroïdectomie partielle (en collaboration avec le professeur agrégé Hobbs, *Bull. Soc. anat. de Bordeaux*, 1897).

Jeune homme de vingt-sept ans, des Pyrénées, dont le goitre, qu s'est développé régulièrement depuis l'âge de dix ans, amène maintenant des troubles fonctionnels sérieux.

Thyroïdectomie partielle par le professeur Demons, guérison en dix jours.

L'examen histologique montra qu'on avait eu affaire à un type de goitre mixte à prédominance colloïde.

* * *

Ulcus rodens, à marche lente, de la paupière inférieure et de la cavité orbitaire (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 174).

La marche de l'ulcus rodens est lente, ici elle le fut extrêmement. Il fallut en effet vingt ans, pour qu'une croûte développée sur le bord libre de la paupière inférieure arrivât, d'ailleurs sous l'influence des traitements les plus intempestifs, à produire les ravages constatés et qu'on supposa au-dessus des ressources de la chirurgie.

* * *

Sarcome périostique de l'orbite et du front (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 325).

Cas intéressant au point de vue du diagnostic. La tumeur s'était développée à la suite d'un traumatisme; aussi plusieurs chirurgiens qui avaient examiné la malade pensaient à un kyste séro-hématique ou à un abcès froid : c'était un sarcome globo-cellulaire.

*
* *

Sarcome des fosses nasales avec volumineux ganglions rétropharyngiens (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 327).

Il s'agissait d'un sarcome vrai chez un homme de soixante-douze ans. Le sarcome est rare dans les fosses nasales, et les ganglions dont il était accompagné constituaient un autre point exceptionnel.

*
* *

Névrome plexiforme de la paupière supérieure et du front (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897).

Cas intéressant par sa rareté. La paupière formait une masse retombant au-devant de l'œil, on dut faire une excision partielle pour permettre la vue.

L'examen histologique, fait par M. W. Dubreuilh, démontra l'absence des grandes cellules nerveuses signalées dans certains faits par le Dr Arnozan.

*
* *

Résection du maxillaire inférieur (en collaboration avec le Dr Binaud, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 187).

Cette résection dut être pratiqué pour un épithélioma de la lèvre qui avait envahi l'os et son canal dentaire.

*
* *

Traitement des polypes naso-pharyngiens (discuss. Soc. anat., *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 377).

A propos d'un malade du service de notre maître le professeur Demons, on prétendait, se fondant sur une extirpation totale récemment faite par M. Doyen, qu'en face d'un polype naso-pharyngien « il fallait tout enlever ou ne rien faire ».

Nous montrons combien cette proposition est exagérée. — Tout enlever? Théoriquement, c'est l'idéal; mais pratiquement, peut-on soutenir que si l'ablation totale est parfois facile à faire, on doive toujours chercher à la pratiquer? Au début de leur pratique, Giraldès, Trélat, Verneuil ne craignaient pas de faire d'énormes délabrements (résection du maxillaire) pour enlever en une seule séance le polype tout entier : ils voulaient, coûte que coûte, faire une opération radicale.

Parfois ils obtinrent ainsi des succès durables (le professeur Demons en possède aussi 1 cas); mais ce fut la grande exception. Plus souvent, malgré ces opérations qu'on avait faites si étendues et si mutilantes pour qu'elles fussent radicales, on vit la récidive survenir (Trélat, cliniques) et quelquefois la mort arrivait du fait même de l'intervention (hémorragie surtout). Aussi, à la fin de leur carrière, les mêmes chirurgiens rejetaient-ils ces grandes opérations, à moins de cas tout à fait spéciaux.

Citant l'évolution de ces chirurgiens éminents, et ses raisons, nous concluions au rejet presque constant de ces larges opérations préliminaires.

Est-ce donc dire qu'il faille « ne rien faire »? Non, certes; à peu de frais, le plus souvent, on pourra pratiquer une opération *incomplète*, à *condition de laisser ouverte une voie d'accès* sur le polype. Par là on fera de petites interventions multipliées (cautérisations, électrolyse, etc.), pour détruire peu à peu la tumeur, et on surveillera ensuite une récidive possible. Par cette méthode, Trélat a réussi à guérir un malade qui avait inutilement subi la résection du maxillaire.

La voie palatine, qui permet de remplir toutes ces indications, nous paraît la meilleure, à moins de cas exceptionnel.

*
* *

Tuberculose ganglionnaire hypertrophiante du cou et lymphadénome (obs. *in Thèse* de Duclion, Bordeaux, 1897).

Ces observations tendent à démontrer que l'ancien lymphadénome n'existe pas et doit se démembrer en tuberculose et sarcome.

* * *

Epithélioma de la langue accompagné d'adéno-phlegmon du cou (*Journal de med. de Bordeaux*, 1897).

Les faits de ce genre, cependant signalés, sont rares, ils s'expliquent facilement si on songe que l'ulcère cancéreux sert de porte d'entrée aux microbes qui vont déterminer l'infection ganglionnaire.

* * *

Mal de Pott dorsal, paraplégie ; lamnectomie (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1889).

VI. — DIVERS.

De la ponction aspiratrice du ventricule droit contre les accidents graves de l'entrée de l'air dans les veines (*Bull. de la Soc. de biologie de Paris* et *Archives cliniques de Bordeaux*, 1898).

La mort par entrée spontanée de l'air dans les veines est un accident aujourd'hui très rare (1), mal connu (Reclus, 1896), et dont on semble actuellement mettre en doute l'existence même.

Avec bien d'autres physiologistes, Hare a pu introduire dans les veines d'un animal, sans le tuer, des quantités considérables d'air « comme il n'en peut, dit-il, réellement rentrer pendant une opération », et il conclut qu'on doit chercher ailleurs (2) l'explication des morts subites observées au cours d'une intervention chirurgicale (*Therapeutic Gaz.*, 1889, cité par Quénu *in Traité de chir.*).

Aussi, en présence de ces expériences des physiologistes, de la rareté des faits cliniques, telle que bien peu d'opérateurs ont pu en observer des exemples, la mort par entrée de l'air dans les veines au cours d'une opération est loin d'être admise aujourd'hui par tous les chirurgiens. M. Quénu (*Traité de chir.*, II, p. 185), dit simplement : « Je pense qu'il est difficile d'aller jusqu'à nier complètement l'existence

(1) Nous pensons que cette rareté (constatée depuis trente ou quarante ans) est due à l'emploi de l'anesthésie. Les malades endormis ne font plus ces grands mouvements, ces grandes inspirations qui aspiraient l'air dans une veine entr'ouverte, et d'autre part le chirurgien peut opérer plus lentement et prendre de plus grandes précautions dans les zones dangereuses.

(2) On a dit qu'il fallait alors les attribuer à une syncope, à une lésion du pneumogastrique, à une ouverture du cul-de-sac pleural supérieur.

de cet accident. » M. Schwartz (*Traité de chir.*, Le Dentu et Delbet, IV, p. 362) n'a pas l'air d'avoir une conviction bien plus robuste : « L'entrée de l'air dans les veines semble être très rare aujourd'hui et les observations précises sont de moins en moins fréquentes », écrit-il.

Cependant la mort brusque par entrée spontanée de l'air dans les veines ne nous paraissait pas pouvoir être niée. Sa possiblité avait autrefois été établie par Beauchéne, Dupuytren, Delpech, Castara, Amussat, etc., etc. Et dans ces dernières années il s'était produit dans le service de notre maître le professeur Demons deux cas de mort rapide par entrée de l'air dans les veines, qu'avec notre chef nous considérions comme incontestables (1).

Pour nous faire une religion sur ce sujet si controversé, nous entreprîmes des expériences dans le laboratoire de notre ami le professeur agrégé Sabrazès. Ces expériences faites sur des chiens, peuvent se diviser en trois séries :

Dans un premier groupe, nous placerons celles dans lesquelles nous avons obtenu la mort rapide (2-3 minutes), par entrée spontanée de l'air dans la veine jugulaire interne incisée sur la moitié de sa circonférence. Ces expériences (p. 3 de notre mémoire), où toutes les causes d'erreur étaient évitées, montrent bien que l'entrée *spontanée* de l'air dans certaines veines, telle qu'elle peut se produire pendant une intervention chirurgicale, est capable de déterminer une mort rapide.

Ces faits démontrent le mal fondé de l'opinion — d'ailleurs *a priori* — de Hare, citée par les classiques (2).

(1) Il y avait, dans le cœur droit, de l'air et du sang spumeux. C'en est bien la preuve. Il est démontré que les gaz de la putréfaction ne forment pas d'écume sanglante.

(2) Parce que Hare, comme bien d'autres physiologistes, avait pu faire passer de grandes quantités d'air dans les veines sans déterminer d'accidents graves, il en avait inféré qu'une aussi grande quantité ne pouvant pénétrer dans une opération, il ne pouvait dès lors résulter d'accidents graves d'un acte chirurgical. C'était là du raisonnement pur et non pas des faits : l'expérience, aujourd'hui incontestée, prouve que ce n'est *pas tant de la quantité d'air injectée que de la brusquerie* avec laquelle l'injection est faite, que tout dépend. Hare faisait des injections *lentes* et il voulait conclure de ces expériences à la clinique où l'entrée spontanée de l'air dans les veines se conduit le plus souvent comme injection *brusque!*

Dans une seconde catégorie d'expériences, nous avons obtenu une mort aussi rapide, quelquefois même presque foudroyante, en faisant à l'aide d'un tube, une insufflation brusque avec la bouche dans la jugulaire (1).

Tous ces animaux mouraient avec les signes classiques de l'asphyxie: respiration très rapide, dilatation pupillaire, émission de matières fécales et d'urine, convulsions, et à l'autopsie nous étions frappés de la *distension* considérable du *ventricule droit* : il était sonore et son ouverture sous l'eau le démontrait plein d'air et de sang spumeux. Jamais, dans ces cas de mort très rapide, nous n'avons trouvé d'air dans l'artère pulmonaire, les veines pulmonaires ou le cœur gauche.

L'air était en totalité amassé dans les cavités droites distendues; on pouvait dès lors penser que cette distension empêchait la contraction utile du cœur droit et amenait la mort par arrêt subit de la circulation. Cette idée était venue à d'autres, car nous trouvâmes que Couty, dans un travail considéré comme le plus substantiel sur ce sujet, avait établi avec Vulpian en 1875 (p. 171) que c'était bien ainsi que les choses se passaient. La mort arrivait par arrêt mécanique de la circulation due à la distension du ventricule droit.

De cette explication de la mort, une conséquence découlait toute naturelle, semble-t-il. Si tous les accidents étaient dus à cette accumulation d'air dans le ventricule droit, pourquoi ne pas chercher à retirer cet air par une ponction aspiratrice?

Cette idée paraît très simple : cependant, quand elle nous eut frappé l'esprit, nous avons cherché si elle avait été émise déjà, et nous ne l'avons trouvée formulée que par Senn, mais personne n'avait fait des expériences pour en contrôler la justesse.

Etait-ce parce qu'on redoutait de ponctionner le cœur? Nous ne le croyons pas : on sait aujourd'hui que les plaies du cœur par instruments piquants guérissent très bien, on a même pu faire avec succès des sutures de cet organe; dans les cours de physiologie, ne plonge-

(1) L'action toxique du CO^2 contenu dans l'air expiré, ne doit pas être incriminée dans les accidents, car Couty (*Th.*, Paris, 1875, p. 28) a démontré que CO^2 injecté *lentement* dans la veine ne tuait pas, même en grande quantité.

t-on pas, pour rendre évidentes à tous les oscillations cardiaques, des aiguilles dans le cœur des animaux sans qu'il en résulte pour eux le moindre dommage? (Pr Richet)

Puis enfin, en face d'accidents si graves qu'ils amènent la mort en deux ou trois minutes (la ponction du cœur ne s'adresse qu'à ceux-là), n'est-on pas en droit, n'a-t-on même pas le devoir de tenter, serait-ce au prix de quelques risques, la seule intervention qui ait chance de sauver le malade?

Nous avons expérimenté sur des chiens et des lapins. Pour déterminer des accidents graves, nous avons insufflé dans la jugulaire de l'air avec la bouche; nous savions, par nos expériences précédentes, que de cette manière on déterminait une mort rapide.

Puis, lorsqu'il était bien évident, pour tous ceux qui étaient présents et qui avaient assisté aux expériences antérieures, que les animaux manifestaient les signes de l'asphyxie grave qui avait amené la mort en quelques instants, chez les autres animaux, nous plongeons sur le bord droit du sternum, dans le ventricule droit déterminé à l'avance, l'aiguille n° 1 de l'aspirateur de Dieulafoy, adaptée à un appareil contrôlé quelques instants auparavant. On y laissait 20 grammes d'eau environ, de sorte que si l'on tenait l'instrument vertical l'air était forcé de traverser cette couche de liquide et son entrée ne pouvait passer inaperçue.

Quand on croit l'aiguille dans le ventricule, on ouvre le robinet: un jet d'air soulève la couche de liquide contenu dans l'appareil, indiquant qu'on a bien pénétré dans le ventricule. L'air chassé de l'appareil, on retire plusieurs autres seringues (de 5 à 16); dans les dernières, l'air ne pénètre plus en formant un jet à travers le liquide mais seulement des bulles qui viennent avec un peu de sang.

L'aiguille est alors retirée et l'appareil contrôlé à ce moment, comme on l'avait fait au début de l'expérience. On est ainsi bien sûr qu'il fonctionne et que l'air retiré vient du cœur.

Nous avons ainsi expérimenté chez six animaux, et cinq fois (car dans un cas la mort est survenue si vite que nous n'avons pas eu le temps de recourir à la ponction) nous avons pu constater de la façon la plus nette qu'à mesure que l'air était retiré du cœur, la respiration devenait plus calme, l'animal ne s'agitait plus; bientôt il reprenait

l'aspect habituel d'un chien bien portant, mangeant même et gambadant si on le remettait dans sa cage.

Contre-épreuve. — Nous avons ensuite repris ces animaux quand ils ne présentaient plus de troubles et nous leur avons fait de nouveau une insufflation d'air semblable à celle qui avait déterminé les accidents dont la ponction avait triomphé, mais cette fois nous n'intervenions pas. La mort rapide est toujours survenue dans ces conditions.

C'était là la contre-épreuve, elle confirmait bien l'efficacité de la ponction du cœur.

Aussi, fort de ces expériences démonstratives, avons-nous pu, à la Société de Biologie (janvier 1898), proposer cette ponction du cœur comme un moyen nouveau simple et efficace pour lutter contre les accidents *immédiatement très graves* dus à la pénétration *brusque* de l'air dans les veines, contre lesquels on était jusqu'ici désarmé.

Personne n'a combattu notre méthode, et même M. le professeur Richet prit la parole pour dire combien on devait peu s'effrayer de ces ponctions du cœur, qu'il a toujours trouvées inoffensives.

En terminant, nous prenons bien soin de dire que cette ponction ne s'adresse qu'aux accidents *immédiatement* très graves, causés par l'asystolie aiguë due à la *distension* des cavités droites.

Dans le cas de pénétration d'air *plus lente* et moins considérable, les accidents sont bien moins alarmants : leur cause est également tout autre ; ils sont, en effet, dus à des embolies aériennes et sanguines, et alors ils ne relèvent nullement de notre ponction du ventricule droit. D'ailleurs, ils sont ordinairement peu graves et guérissent le plus souvent seuls.

*
* *

Fracture comminutive de la clavicule, de cause directe, sans trace de consolidation au 20e jour; suture osseuse. Guérison (*Bulletin Soc. anat. de Bordeaux*, 1892, p. 92).

La suture de la clavicule, encore discutée aujourd'hui, était peu acceptée en 1892 ; mais il est des cas où elle est nettement indiquée ; c'est quand, comme chez notre malade (opéré par le professeur

Demons), les deux fragments ne se touchent que par des extrémités pointues qu'on ne peut même maintenir au contact, si bien que, vingt jours après l'accident, il n'existait aucune trace de réunion.

La suture fut pratiquée au fil d'argent perdu : une guérison rapide survint alors, laissant seulement après elle une légère déformation de l'os.

* * *

Anévrisme de la crosse de l'aorte et du tronc brachio-céphalique (en collaboration avec M. BRINDEL, *Journal méd. de Bordeaux*, 1891).

* * *

Destruction des tatouages au moyen d'une solution saturée de tannin (*Journal méd. de Bordeaux*, 1892).

* * *

Lésions du plexus brachial consécutives à une fracture de la clavicule (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1897, p. 397).

* * *

Bout de manche à balai et crochet de fer retirés d'un rectum (*Bulletin medical*, nov. 1897).

Un homme de soixante et un ans s'était introduit, dans un but lascif, un bout de manche à balai de 20 centimètres de long dans le rectum. Pour le retirer, il avait façonné un crochet en fer, et, avec cet instrument, avait essayé de retirer le bout de manche à balai. Mais, au lieu de piquer dans le bois, le crochet s'enfonça dans la paroi du rectum et y resta appendu.

Sous chloroforme, nous pûmes, sans être obligé de recourir à une opération grave, extraire les deux corps étrangers.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette. — 12785.